ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

3e SÉRIE. — T. V

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ
Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE
Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL
ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME
L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN
MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,
J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

Dr HENRI FEULARD
Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :
Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME V. — 1894

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCIV

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

P. DIDAY — CH. QUINQUAUD

P. DIDAY

1812 — 1894

La vénéréologie et la syphiligraphie viennent de faire une grande et douloureuse perte : P. Diday, le nestor des syphiliologistes contemporains, est mort à Lyon le 8 janvier 1894 dans sa quatre-vingt-troisième année. Son grand âge n'avait en rien altéré l'énergie de son caractère, la virilité ni la bonté de son âme, et n'avait pas un instant atténué l'extraordinaire activité de son talent original, primesautier au plus haut degré. Jusqu'à la dernière heure, il a pensé, écrit et parlé ainsi qu'il le faisait au temps de la plus ardente jeunesse, avec la plus solide maturité.

Au vide que fait sa mort, on peut juger de la grande place qu'il occupait, non pas seulement dans la médecine lyonnaise, si riche et si brillante, mais encore dans la science française, dans la science contemporaine. Il n'est aucun de nous qui n'ait dans sa mémoire le souvenir vivant de son style si entièrement personnel, qui n'ait cent fois été émerveillé de son talent de polémiste incomparable ; qui n'ait lu et médité son *Histoire naturelle de la syphilis;* qui n'ait admiré la monographie des *Herpès génitaux*, écrite en collaboration avec son très cher ami Doyon ; qui n'ait eu sur sa table de travail la *Thérapeutique des maladies vénériennes*, le *Péril vénérien* dans les familles, et le *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Toutes ces œuvres, chose rare dans l'époque actuelle, sont restées, et resteront, avec toute leur valeur.

Les élèves de ce maître vénéréologiste ont déjà résolu de consacrer sa mémoire par un témoignage matériel de leur reconnaissance et de

leur admiration. Jamais hommage ne fut plus légitime ni mieux mérité.

La Société française de Dermatologie, dont Diday était le président d'honneur, à l'annonce de sa mort, a levé sa séance en signe de deuil, et a chargé M. Doyon de rendre à sa mémoire l'hommage qui lui était dû.

Puisse le tribut de notre douleur et de nos regrets être agréable à sa mémoire, et adoucir le deuil de ceux qui le pleurent !

CH.-E. QUINQUAUD

1842 — 1894

Ch.-E. Quinquaud est mort à Paris le 9 janvier 1894, terrassé par une pneumonie infectieuse, en réalité tué par le travail et par l'anémie pernicieuse des laboratoires !

Pour la science médicale et pour la dermatologie, la mort prématurée de ce grand travailleur est une perte considérable ; pour la dermatologie française et pour l'hôpital Saint-Louis, c'est une catastrophe irréparable.

Qui pourra apporter à notre œuvre commune le tribut puissant et encyclopédique que ce rude ouvrier de la science moderne, que ce savant éminent aurait fourni, si il lui eût été donné de poursuivre sa carrière !

Tout ce que la biologie et la biochimie contemporaines peuvent produire, ou promettent de donner, Quinquaud l'aurait appliqué aux progrès de la dermatologie ; les innombrables travaux entrepris par lui, ou en cours d'exécution dans cette voie, en sont un sûr garant.

Assurément il a défriché une grande partie du terrain, et il a, d'une main sûre, ouvert les premiers chemins ; ses élèves, on doit l'espérer, auront à honneur de recueillir, de coordonner, de mettre en œuvre les matériaux recueillis par le maître. Mais la chaîne n'en est pas moins rompue, et l'œuvre elle-même frappée dans ses sources vives !

Sa vocation dermatologique datait des dernières années de la vie hospitalière de Bazin, et malgré les entraves apportées par une réglementation surannée à la réalisation de ses espérances, il ne cessa pas de venir parmi nous, et ce nous est à tous, ses aînés, une consolation de l'avoir toujours accueilli comme un des nôtres, bien avant qu'il n'ait reçu l'investiture !

La mort a brisé stupidement cette existence dont la conservation aurait été si utile, au moment précis où la science et la dermatologie allaient recueillir le fruit de tant d'années de labeur opiniâtre !

Nous offrons à sa veuve infortunée l'expression de toute notre douleur et de tous nos regrets.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE PRURIGO SIMPLEX ET SA SÉRIE MORBIDE

Par le D[r] **L. Brocq.**

Tous les dermatologistes connaissent le mémoire de 1886 de mon vénéré et regretté maître, E. Vidal, sur le Lichen, le Prurigo, le Strophulus, mémoire qui a été le point de départ d'une série de publications tendant à la revision des idées de l'École de Vienne sur ces affections. Une des parties les plus importantes de ce travail était la réhabilitation du lichen simplex chronique des anciens auteurs français en tant qu'entité morbide distincte. Nous avons repris cette question en 1890, mon excellent ami M. le D[r] Jacquet et moi, et nous avons démontré sur ce point particulier la légitimité des revendications de notre maître. Divers auteurs se sont déjà occupés depuis lors de nos névrodermites circonscrites chroniques (lichen simplex chronique de E. Vidal) et ont discuté notre conception de ces dermatoses : nous n'avons donc plus pour le moment à nous occuper d'elles : nous n'avons désormais qu'à attendre patiemment les progrès de l'évolution qui va s'opérer peu à peu dans les esprits à leur sujet.

Mais voici maintenant que l'on commence à parler d'une autre partie également des plus intéressantes du mémoire de notre maître, du lichen simplex aigu (1). Ayant été l'actif collaborateur de E. Vidal, et étant en quelque sorte le dépositaire de ses idées scientifiques, nous nous croyons autorisé et nous devons même dire obligé aujourd'hui d'intervenir dans le débat qui va s'ouvrir et de préciser par des exemples cliniques ce que nous avons voulu désigner, E. Vidal et moi, sous le nom de lichen simplex aigu. Nous nous efforcerons ensuite d'indiquer en quoi notre conception première doit être modifiée quelle doit être la véritable place de ce type morbide dans le cadre, dermatologique, et pourquoi nous avons définitivement adopté pour lui la dénomination de *prurigo simplex aigu*, ou, pour mieux dire, de *prurigo simplex acutus.*

(1) Voir le mémoire récent de Tommasoli sur ce point (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques* du D[r] H. Fournier, juin 1893, et *Giornale Italiano della malattie veneree e della pelle.* Fascicolo, II, 1893).

EXEMPLES CLINIQUES DU PRURIGO SIMPLEX ACUTUS (LICHEN SIMPLEX AIGU DE E. VIDAL).

Obs. I. — Angèle B..., âgée de 21 ans, domestique, entrée le 5 septembre 1889, salle Gibert, nº 9, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr E. Besnier, suppléé par le Dr L. Brocq. Elle n'a eu aucun antécédent pathologique, sauf une bronchite qui a duré un mois, il y a trois ans. Elle est enceinte de sept mois. Jamais elle n'a eu d'affection cutanée avant la maladie actuelle. Vers le 2e mois de la grossesse, elle a eu une éruption constituée par de petits boutons, fort prurigineuse, limitée à la face externe des bras et des avant-bras et qui n'a duré qu'une dizaine de jours.

Il y a environ un mois, elle a eu une nouvelle poussée identique à la première ; elle a débuté le 10 août par le bras droit, sous forme de petits boutons rouges assez nombreux très prurigineux. Les jours suivants l'éruption a gagné les jambes, les fesses, puis le bras gauche. Elle n'a fait, jusqu'à son entrée à l'hôpital, aucun traitement.

Le 7 septembre, l'éruption occupe les deux bras, les fesses et les jambes. Sur le bras droit elle est en voie de disparition ; sur le bras gauche, au contraire, elle est plutôt en voie d'extension.

Sur le bras droit, elle occupe toute la face externe ; c'est à peine s'il y en a quelques éléments disséminés sur la face interne, qui est pour ainsi dire indemne. Il n'y a que trois éléments éruptifs sur la face dorsale de la main ; il n'y en a pas sur la face palmaire. Les éléments les plus récents forment de petites papules arrondies, assez bien limitées, quoique leur base rose soit un peu diffuse ; elles ont le volume d'une grosse ou d'une moyenne tête d'épingle. Pour la plupart elles portent à leur centre une petite croûtelle brunâtre : cette croûtelle s'enlève facilement avec l'ongle, et laisse au-dessous d'elle une légère dépression d'un rouge assez vif, non suintante. Au centre de quelques éléments tout à fait récents, en regardant de fort près, on voit une petite teinte opaline ressortant sur le rose vif de la papule ; en déchirant ce sommet avec une fine aiguille, on peut faire sourdre un peu de sérosité, mais en fort petite quantité, bien moins que dans une vésicule ordinaire. En somme la peau est absolument sèche : l'éruption n'est nullement suintante. Autour de l'olécrâne, les éléments sont fort nombreux, mais presque tous ont évolué : les petites croûtelles centrales sont même tombées en laissant après elles de légères dépressions cutanées ; en plusieurs points on y voit de plus de fines collerettes épidermiques qui desquament, et qui tombent soit spontanément, soit quand on frotte les téguments. En plusieurs points les papules ont complètement évolué et ont disparu en laissant à leur place une petite tache d'un jaune foncé, un peu pigmentée. La peau a gardé toute sa souplesse, et ne présente pas la moindre infiltration. Il y a cependant quelques traces de grattages, quelques excoriations : il n'y a point d'urticaire.

Au bras gauche l'éruption est plus récente, mais beaucoup moins abondante. Elle est discrète, constituée par de petites papules disséminées çà et là et localisées surtout autour du coude, le long du bord cubital, sur la

face dorsale de la main. Les éléments sont analogues à ceux du bras droit; mais on y trouve surtout des papules récentes d'un rose vif à sommet opalin qui, en évoluant, se recouvrent ensuite d'une petite croûtelle d'un jaune brunâtre. En les excoriant avec l'ongle, on provoque un très léger suintement sanguinolent.

La figure est indemne : on n'a à signaler à l'extrémité céphalique qu'une légère séborrhée du cuir chevelu.

Dans le dos et surtout sur la partie antérieure du thorax, on trouve çà et là disséminées quelques petites papules.

Elles sont plus nombreuses sur les fesses. Elles sont plus abondantes encore sur les deux membres inférieurs, sur les faces antérieures et externes des cuisses, sur la face externe des jambes, vers le bord externe des pieds et surtout tout autour des genoux. D'une manière générale, le côté gauche est beaucoup moins atteint que le côté droit.

Les démangeaisons qu'éprouve la malade sont assez vives ; elles lui donnent des sensations de piqûres d'épingle ; elles ne sont pas continues, disparaissent parfois pendant plusieurs heures, puis reviennent plus vives ; elles sont surtout intenses le soir quand la malade se couche ; elles déterminent même de l'insomnie.

L'état général est excellent : les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

L'examen le plus minutieux ne permet pas de découvrir la moindre trace de parasites.

On soumet la malade à un régime alimentaire sévère : on lui fait prendre des bains d'amidon et on l'enduit deux fois par jour de pommade à l'oxyde de zinc menthé.

L'éruption cesse peu à peu de se produire, puis elle disparaît complètement : et la malade sort tout à fait guérie le 20 septembre, treize jours après son admission à l'hôpital.

Obs. II. — S.., Aimée, âgée de 30 ans, couturière, entre le 6 septembre 1889, salle Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr E. Besnier, suppléé par le Dr Brocq. Elle a eu diverses maladies pendant son enfance, en particulier des adénopathies cervicales suppurées : à 18 ans elle a été chlorotique ; depuis lors elle est leucorrhéique, et a des règles peu abondantes. Elle n'est pas enceinte. A l'âge de 28 ans, ses cheveux sont devenus presque entièrement blancs. Elle habite un ouvroir depuis dix-huit mois, mais elle y est bien nourrie. C'est la première fois qu'elle est atteinte d'une éruption cutanée.

C'est vers le 9 août que la maladie a débuté, par de vives démangeaisons, par des rougeurs, et par de petits boutons blancs, dit la malade, qui siégeaient au cou, qu'elle excoriait et d'où il sortait un peu d'eau. Des renseignements fort peu précis qu'elle donne, il semblerait résulter cependant que l'éruption n'a jamais été suintante. Depuis lors elle s'est peu à peu généralisée.

Au moment où la malade entre à l'hôpital, l'éruption siège surtout à la face externe des avant-bras et à la face dorsale des mains. Elle y est constituée par d'assez nombreuses papules disséminées sans aucun ordre, nulle part confluentes, assez nettement limitées, d'un rouge rosé plus ou

moins vif, ayant des dimensions qui varient de celles d'une grosse tête d'épingle à celles d'une toute petite lentille, portant pour la plupart au sommet une sorte de croûte brunâtre assez foncée, qui adhère intimement aux parties sous-jacentes et qu'il est même parfois assez difficile d'arracher quand la papule n'est pas trop ancienne. Sur les papules assez récentes, l'avulsion de la croûtelle laisse une excoriation sanguinolente; sur celles qui sont plus anciennes, il reste au-dessous de la croûte une sorte de dépression d'un rouge plus ou moins vif, qui peu à peu disparaît en même temps que la papule, avec ou sans une fine desquamation.

Sur le tronc on retrouve çà et là disséminés quelques petits éléments papuleux analogues à ceux du bras. On y voit très nettement une fine desquamation épidermique autour de la croûtelle centrale : la peau n'est nullement épaissie à leur niveau.

Les autres régions du corps atteintes sont les parties externes et supérieures des bras, les lobules des oreilles, le pourtour du genou droit et la région externe de la jambe droite, le pourtour du genou gauche, enfin et surtout le cou où les papules sont fort nombreuses vers la nuque. On voit en outre en ce point deux plaques très nettes d'urticaire.

Les démangeaisons éprouvées par la malade sont très vives : elle a besoin de beaucoup d'énergie pour ne pas se gratter : cependant le prurit ne cause pas d'insomnie.

Il n'y a chez la malade aucune trace de parasites : son état de santé est excellent. Les digestions sont parfaites ; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le traitement consiste en bains d'amidon et en applications de pommades à l'oxyde de zinc menthé.

Sous l'influence de cette simple médication, il ne se produit plus de nouveaux éléments ; les papules anciennes disparaissent et la malade sort guérie au bout de neuf jours.

Obs. III. — M..., Marie, couturière, âgée de 16 ans, entre le 15 février 1890, salle Alibert, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr E. Vidal, suppléé par le Dr Brocq. Son père a toujours été bien portant, mais sa mère a eu une affection cutanée sur la nature de laquelle il est impossible d'avoir un renseignement précis. La malade a toujours eu une excellente santé : en particulier elle n'a jamais eu de dermatose avant celle qui l'amène à l'hôpital.

Elle est prise depuis six semaines d'une éruption qui a débuté fort nettement par de vives démangeaisons : la malade s'est grattée et a vu alors survenir de nombreuses papules rouges disséminées sans ordre aucun sur tout le corps, à l'exception de la tête. Les membres inférieurs ont été de beaucoup les régions le plus atteintes.

Au moment de l'entrée, la malade présente sur tout le corps, à l'exception de la tête, une éruption composée de petites papules rouges portant au centre une croûtelle brunâtre, ou excoriées et saignantes. Elles sont disséminées çà et là, ne forment nulle part de placards. Elles sont surtout nombreuses au cou, à la face externe des bras et des avant-bras, à la face antéro-externe des cuisses et des jambes. Elles sont le siège de très vives démangeaisons.

(La malade présente en outre une autre éruption, non prurigineuse, constituée par une plaque circinée située vers la région lombaire, de la grandeur d'une pièce de deux francs environ, d'un rouge un peu bistre, à bords nettement arrêtés ne faisant qu'une saillie peu notable sur les téguments voisins, à centre très pâle presque sain ; la surface atteinte est recouverte de squames sèches, adhérentes, psoriasiformes ; mais il n'est pas possible par le grattage d'arriver sur la surface rouge, lisse, luisante, parsemée d'un petit piqueté rouge caractéristique du psoriasis. L'aspect général de cette lésion rappelle assez bien celui de la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert. La malade présente en outre trois autres plaques analogues plus petites et plus effacées à la partie antérieure de la poitrine, au-dessous du sein droit.)

On traite la malade par la liqueur de Fowler, le glycérolé tartrique et les bains d'amidon vinaigrés. Après cinq jours de cette médication, tous les éléments papuleux prurigineux ont complètement disparu et la malade quitte l'hôpital guérie de l'éruption papuleuse.

N. B. — Nous ferons remarquer que toute la partie de cette observation qui est comprise entre parenthèses n'a rien à faire avec la dermatose que nous étudions ; mais nous avons cru devoir laisser l'observation telle qu'elle a été recueillie avant que l'on ne sût à quoi elle pourrait servir.

Obs. IV. — R..., Victor, âgé de 60 ans, menuisier, vient, le 6 mars 1890, consulter à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le Dr E. Vidal, remplacé par le Dr Brocq. Il n'a jamais eu de maladie de peau antérieure. L'éruption pour laquelle il vient à l'hôpital a débuté, il y a environ sept jours, par des rougeurs, dit le malade, sur lesquelles se formaient des petits boutons pointus analogues à ceux qu'il présente à l'heure actuelle. Il prit immédiatement un bain d'amidon à la suite duquel il semble que l'éruption augmenta beaucoup.

Actuellement l'éruption est constituée : 1° par des rougeurs ortica-riennes diffuses et mal limitées qui se produisent peut-être spontanément, mais surtout aux endroits qui sont soumis à un traumatisme quelconque ; 2° par de petites papules rouges, dont un grand nombre sont situées au milieu des élevures urticariennes rosées ; elles ont les dimensions d'une grosse tête d'épingle, sont acuminées, pour la plupart excoriées au sommet, et portent presque toutes à leur centre une minime croûtelle.

L'éruption est disséminée sur tout le tronc ; elle est plus abondante au niveau de la partie antérieure du thorax, sur la région supérieure et externe des jambes, sur la face externe des bras. La face interne des bras et la partie supérieure du dos sont indemnes.

Les élevures primitives ont un peu l'aspect urticarien : mais elles sont minuscules, et n'ont pas de plateau central ni rouge ni blanc. Les papules définitives sont nettement acuminées, et bien nettement constituées au point de vue objectif comme papules. Elles ne peuvent pas être comparées à des éléments de miliaire ; elles sont plus grosses que des éléments de miliaire rouge, et n'en ont pas les localisations. Elles ne ressemblent pas

non plus à des éléments d'eczéma papuleux disséminé, car elles n'ont pas de véritables vésicules centrales : en ouvrant avec une fine aiguille le sommet des papules toutes récentes qui n'ont pas encore de croûtelles, on peut cependant faire sourdre un soupçon de sérosité : l'éruption est bien papuleuse, et il n'y a nulle part de placards.

A la partie supérieure et interne des deux cuisses, il y a deux plaques pigmentées symétriques au niveau desquelles on observe du quadrillage, un fort léger degré d'épaississement : on dirait des plaques effacées de lichen simplex chronique (E. Vidal), mais le malade ne peut nous donner aucun renseignement à cet égard.

L'éruption disparut au bout de quinze jours de traitement par le régime alimentaire et les pansements avec la pommade à l'oxyde de zinc menthé.

Obs. V (1). — Cécile B..., âgée de 20 ans, demoiselle de magasin, entre le 22 mars 1875 dans le service de M. le Dr Vidal, salle Saint-Thomas, n° 25. Elle ne présente aucun antécédent morbide digne d'être signalé. Il y a quatre jours elle a éprouvé vers les poignets des démangeaisons très vives, et elle y a remarqué une éruption composée de petites papules légèrement acuminées : presque tout de suite le cou et la partie supérieure de la poitrine ont été envahis.

Au moment de l'entrée, l'éruption est composée de petites papules rosées, légèrement acuminées, quelques-unes excoriées, et qui sont le siège de très vives démangeaisons. Elles sont situées entre les doigts où la plupart ont pris l'aspect de petites vésicules blanches, transparentes, assez nombreuses à la main gauche, aux avant-bras, en particulier au niveau de leur face antérieure, un peu sur les bras, sur le cou et sur la partie supérieure de la poitrine.

Il n'y a aucun symptôme de gale.

On prescrit des bains alcalins, et la malade sort guérie le 5 juin.

Obs. VI (2). — Léon V..., âgé de 20 ans, grillageur, entre le 5 juillet 1887, salle Devergie, n° 34, dans le service de M. le Dr E. Vidal. Sans aucun phénomène prémonitoire et sans cause appréciable, il a été pris subitement, dans la nuit du 3 au 4 juillet, sur la face et les avant-bras, d'une éruption prurigineuse composée de petits boutons rouges. Dans les journées du 4 et du 5, cette éruption a rapidement augmenté, sans déterminer la moindre réaction générale. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade présente des lésions disséminées irrégulièrement sur les membres supérieurs, la face, le cou, beaucoup moins sur le tronc et sur les membres inférieurs. Elles offrent l'aspect d'élevures papuleuses, acuminées, de petites dimensions, rouges : beaucoup d'entre elles sont surmontées d'une vésicule incolore. En certains points, les éléments sont presque franchement vésiculeux, mais toujours disséminés ; ailleurs ils ne sont qu'érythémateux, sans relief. Presque partout ils sont papuleux ou papulo-vésiculeux. L'éruption a été très prurigineuse au début : puis graduellement le prurit a disparu dès qu'il ne s'est plus formé d'éléments nouveaux. Peu à peu les papules se sont affaissées ; peu de jours après l'entrée, il n'en a plus paru de nouvelles ; et le 16 juillet le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

(1) Observation trouvée dans la collection particulière de M. le Dr E. Vidal.

(2) Observation trouvée dans la collection particulière de M. le Dr E. Vidal.

Obs. VII (1). — Charles B..., âgé de 40 ans, rentier, entre le 25 octobre 1888 au pavillon Gabrielle n° 15. Il a eu quelques manifestations strumeuses légères pendant son enfance, et a beaucoup souffert en 1870 au siège de Metz, puis pendant sa captivité en Allemagne ; il n'y a chez lui à noter aucun autre antécédent morbide.

Depuis 1874, tous les ans au printemps il voit survenir aux poignets et sur les bras une éruption très prurigineuse, caractérisée par de petites papules rouges ou blanches semblables à celles qu'il présente aujourd'hui et qui disparaissent spontanément en huit ou dix jours.

Il y a trois semaines, vers le 5 octobre, l'éruption a reparu et cette fois elle s'est généralisée. Deux jours avant son apparition, le malade a mangé pendant trois jours de suite des huîtres avec excès. Les bras ont été tout d'abord envahis, puis le tronc, les membres inférieurs, et surtout les cuisses. Les démangeaisons sont très vives le matin et le soir, en particulier après les repas.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'éruption est constituée par des papules d'un blanc rosé, à peine rouges, d'une grosseur variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis et même d'une lentille, acuminées, distinctes les unes des autres, discrètes ou plus ou moins confluentes selon les régions. Un certain nombre d'entre elles sont excoriées par le grattage. Presque toutes restent à l'état de papules simples pendant toute leur évolution ; quelques-unes seulement présentent à leur sommet une petite vésicule. La durée de ces papules semble être plus ou moins éphémère, et leur apparition se fait par poussées successives. Le simple frottement un peu rude de la région fait apparaître des papules qui n'existaient pas un instant auparavant, et fait nettement augmenter de volume un certain nombre de celles qui existaient déjà et qui deviennent alors plus appréciables à la vue et au toucher, rappelant en cela l'urticaire. Le malade reconnaît lui-même qu'à certains moments de la journée, principalement après les repas, l'éruption est plus apparente et les démangeaisons sont plus vives.

D'une façon générale, l'éruption est discrète sur la face antérieure de la poitrine et sur le ventre, plus abondante sur les membres supérieurs, surtout au pli du coude et à la face antérieure des avant-bras, confluente sur les membres inférieurs, particulièrement à la face antérieure et interne des cuisses, à la face interne des genoux et à la partie supérieure des jambes.

Le traitement a consisté en l'administration à l'intérieur d'une cuillerée à soupe de la solution arsénicale de l'hôpital Saint-Louis, et en des applications de glycérolé tartrique (5 gr. d'acide tartrique pour 100 gr. de glycérolé d'amidon).

Le malade est sorti guéri le 17 novembre 1888 ; l'éruption a donc duré environ six semaines.

Il nous serait facile de multiplier ces exemples. Nous avons, en effet

(1) Observation trouvée dans la collection particulière de M. le Dr E. Vidal : le malade a été moulé et le moulage a été déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis : c'est la pièce 1399.

observé plusieurs malades atteints de cette dermatose en 1892 et 1893 à notre consultation de l'hospice La Rochefoucauld (2 cas en 1892, 4 cas en 1893), et nous savons par notre propre expérience que ces faits sont relativement fréquents aux consultations si riches de l'hôpital Saint-Louis où les divers observateurs les étiquettent tantôt urticaire, tantôt éruption sudorale, eczéma papuleux disséminé, prurigo. Mais nous tenons à établir ce type clinique sur des observations uniquement recueillies à l'hôpital où mon vénéré maître et moi nous avons fait nos premières recherches, sur des notes prises en dehors de toute idée préconçue, avant nos travaux sur les dermatoses prurigineuses. Aussi y peut-on remarquer quelques lacunes regrettables, en particulier au point de vue étiologique. Mais cela nous paraît préférable, car ainsi la base clinique est plus sûre, plus inattaquable (1).

ANALYSE DES FAITS PRÉCÉDENTS.

Si nous analysons minutieusement les sept observations qui précèdent, nous voyons qu'elles sont tout à fait comparables entre elles, et qu'elles constituent réellement un type clinique spécial. En effet, les symptômes objectifs, l'aspect des lésions, leur évolution, leurs localisations, les phénomènes subjectifs qui les accompagnent, la marche générale de la dermatose, tous ces éléments constitutifs de l'affection sont identiquement les mêmes dans ces sept cas.

Reprenons-les avec quelques détails afin de fixer le type clinique.

Conditions dans lesquelles l'éruption se produit. — Nous n'avons malheureusement à cet égard que bien peu de renseignements à notre disposition. Quoiqu'on puisse observer cette maladie à tout âge, elle semble néanmoins être plus fréquente chez les jeunes sujets à peau fine et blanche, en particulier de 15 à 30 ans. Les deux sexes semblent y être également prédisposés. Elle se développe surtout au printemps, en été, et dans la première partie de l'automne : elle est rare en hiver. Cependant on verra plus loin une observation de prurigo simplex chronique dans laquelle l'éruption est surtout intense pendant l'hiver. Les cas surviennent par séries, comme s'ils étaient soumis à une certaine influence épidémique, saisonnière ou autre. Assez souvent les malades attribuent leur éruption à des sueurs abondantes, d'autrefois à des écarts de régime. Dans les six derniers cas inédits que nous avons étudiés à La Rochefoucauld, nous n'avons pu en pénétrer la pathogénie : le seul élément causal que nous ayons pu dégager, c'est la chaleur et la transpiration, mais il n'est pas constant. Nous avons

(1) Outre le mémoire déjà cité de E. Vidal, voir sa très remarquable communication sur le *lichen simplex aigu* faite le 4 avril 1891 à la Société française de dermatologie ; on y trouvera une description magistrale de l'affection et la mention de ses relations étroites avec les éruptions prurigineuses infantiles.

assez souvent noté de la nervosité chez les sujets ou chez les ascendants.

Mode de début. — Le mode de début de l'éruption est d'ordinaire assez subit. Parfois nous avons constaté, avec notre maître E. Vidal, un certain état général, mais des plus légers, une minime réaction fébrile, de l'anorexie, du malaise. Dans les derniers cas que j'ai observés, il y a eu toujours intégrité presque parfaite de l'état général. Les malades sont pris de l'éruption sans aucune cause apparente, ou tout au moins sans phénomène prémonitoire ou concomitant assez net pour frapper leur esprit. Or comme ils ne viennent le plus souvent consulter le médecin qu'au bout de plusieurs jours, il est bien difficile de démêler, après un pareil laps de temps, quelles ont pu être les conditions pathogènes du début.

Chez quelques sujets, nous avons constaté de la dilatation gastrique : il est possible qu'il y ait eu chez eux des troubles digestifs, qu'ils aient commis des écarts de régime, mais nous devons avouer qu'en dehors de l'observation VII jamais les commémoratifs qu'ils nous ont fournis n'ont pu nous autoriser à admettre cette étiologie.

Dans quelques cas, le début semble se faire par des éléments urticariens, ou tout au moins les papules caractéristiques semblent se produire sur des éléments d'urticaire : la papule se forme alors sur une base d'un rose ou d'un rouge plus ou moins vif, légèrement ortiée, au centre de laquelle la saillie papuleuse caractéristique apparaît peu à peu, presque toujours rapidement. Il est même possible d'observer parfois çà et là disséminés des éléments d'urticaire simples, sans papule centrale concomitante.

Plusieurs de ces malades, pour ne pas dire presque tous, ont la peau urticarienne, ou, pour parler plus exactement, sont en imminence d'urticaire : c'est-à-dire qu'il suffit d'exercer le plus léger traumatisme sur leurs téguments pour déterminer l'apparition d'éléments d'urticaire. C'est là une circonstance des plus importantes : néanmoins elle peut faire défaut. Les éléments éruptifs typiques deviennent plus turgescents quand on les gratte ou quand on les frictionne.

L'éruption débute d'ordinaire par les membres supérieurs, et en particulier par la face externe des avant-bras, autour des coudes ; parfois, au contraire, elle envahit tout d'abord le cou, les membres inférieurs : parfois aussi il est impossible de préciser exactement les premières localisations ; l'éruption semble alors se produire simultanément aux divers lieux d'élection.

Aspect de l'éruption. — La maladie que nous étudions est uniquement constituée, au point de vue objectif, par un élément éruptif toujours à peu près identique et qui ne subit pour ainsi dire jamais aucune modification importante ni dans son aspect, ni dans son évolution typique. C'est donc une dermatose éminemment *monomorphe*.

La lésion élémentaire caractéristique est essentiellement une papule. C'est une petite saillie congestive, rosée d'abord, pouvant devenir d'un rouge plus ou moins vif, nettement surélevée au-dessus du niveau des téguments, et donnant au toucher la sensation d'une élevure solide. Elle semble se former avec rapidité; peut-être, mais ce point reste à démontrer d'une manière précise, le fait-elle sous l'action des frottements.

Ses *limites* sont assez nettes, un peu diffuses cependant, comme celles de tous les éléments érythémateux, surtout lorsqu'elle a une base urticarienne (voir plus haut) : elle n'a pas, par exemple, les contours géométriques des petites papules de début du lichen planus. Ses *dimensions* varient de celles d'une moyenne tête d'épingle à celles d'une très grosse tête d'épingle; parfois même elle dépasse ce volume et atteint celui d'une petite lentille, mais c'est assez rare. Comme nous venons de l'indiquer, sa *coloration* varie du rose pâle au rouge plus ou moins vif. Cette teinte s'efface d'ordinaire au début complètement ou presque complètement par la pression du doigt : plus tard, il reste une certaine teinte un peu bistre. Dans quelques cas (voir obs. VIII), on a vu se produire au centre des papules de petites extravasations sanguines purpuriques.

La forme de la papule est presque toujours celle d'un cône tronqué et arrondi au sommet; parfois elle est comme aplatie, parfois légèrement hémisphérique, plus rarement tout à fait acuminée.

Quand elle est toute jeune, il est presque toujours possible en la regardant avec beaucoup d'attention d'apercevoir à son sommet une légère teinte blanchâtre, opaline, laquelle prend parfois une coloration un peu jaunâtre : cette particularité a été signalée par E. Vidal. En perçant avec précaution l'épiderme du sommet, on peut alors en faire sourdre une très petite quantité (nous disons très petite quantité et non une gouttelette, car ce n'est pas une gouttelette) d'un liquide transparent, sans le moindre mélange de sang quand la petite opération a été faite avec assez de soin. On ne peut dire cependant que l'élément typique soit d'ordinaire une papulo-vésicule, car il n'y a pas là de vésicule bien nette du moins dans la grande majorité des cas. Tous les éléments jeunes ne présentent pas à leur sommet la teinte opaline dont nous venons de parler, et il en est chez lesquels on ne peut faire sourdre de la sérosité après avoir dilacéré l'épiderme du sommet. Par contre il y en a, surtout chez certains malades (obs. VI par exemple), qui renferment une quantité de liquide plus considérable et qui semblent être de vraies papulo-vésicules. Parfois même le liquide devient, avec les progrès de l'évolution des éléments, franchement louche, quasi purulent, et l'on se trouve alors en présence de papulo-pustules : mais ce dernier aspect est d'une assez grande rareté.

L'importante particularité que nous venons d'étudier explique les aspects que prend la papule à mesure qu'elle évolue. Elle se recouvre en effet bientôt à son centre d'une sorte de croûtelle adhérente dont la dimension est celle d'une petite ou d'une moyenne tête d'épingle, dont la coloration varie du jaune brunâtre au brun foncé.

Quand on enlève cette croûte avec l'ongle, ce qui se fait avec d'autant moins de facilité que la papule est plus récente, on trouve au-dessous d'elle, si la papule est jeune, une dépression assez profonde, d'un rouge vif, humide, plus ou moins sanguinolente; si la papule est plus ancienne, une dépression un peu moins marquée, d'un rouge d'autant moins intense et d'une sécheresse d'autant plus grande que la papule est plus près de sa régression complète. Si on ne l'arrache pas mécaniquement, la croûtelle finit par se détacher toute seule quand la papule s'est résorbée, et elle laisse alors d'ordinaire au-dessous d'elle une légère pigmentation brunâtre qui finit peu à peu par disparaître ; cette pigmentation peut faire complètement défaut ; elle peut être remplacée, chez les personnes qui se sont grattées, par de petites cicatricules blanches arrondies, d'aspect nacré, qui persistent pendant fort longtemps.

Autour de la croûtelle, se produit souvent une fine desquamation lamelleuse qui disparaît en même temps que la croûtelle, ou après la résolution de la papule, quand la croûtelle a été mécaniquement arrachée. Parfois, l'aspect de la croûtelle est celui d'une fine squame nacrée, portant à son centre un petit disque plus épais et plus coloré.

Au premier abord, on croit, en voyant les croûtelles qui couronnent les papules, qu'elles sont le résultat d'excoriations dues au grattage. Nous-même, nous en avons longtemps été convaincu, malgré les dénégations de quelques malades qui nous affirmaient avoir fait tous leurs efforts pour ne pas se gratter. D'après l'analyse minutieuse des faits cliniques, nous pensons maintenant que la croûtelle centrale est presque toujours le résultat de l'évolution naturelle de la papule, et la conséquence de la dessiccation de la pseudo-vésicule que nous avons constatée au sommet de la papule jeune. Il est toutefois indéniable que certains éléments sont excoriés et qu'ils présentent dans ce cas la croûtelle noirâtre sanguinolente de l'élément éruptif considéré comme typique du prurigo parasitaire. C'est surtout alors qu'il peut persister une cicatrice blanchâtre. Autrement, l'affection qui nous occupe disparaît, dans la grande majorité des cas, sans laisser la moindre trace de son existence.

La *durée* de chaque élément éruptif est un peu variable : il y en a, en effet, comme nous l'avons dit plus haut, qui sont en quelque sorte avortés, mal venus, qui n'ont ni liquide central ni croûtelle, ou tout au moins qui n'ont qu'une croûtelle insignifiante, et qui disparaissent par résorption en trois ou quatre jours. Les éléments ordinaires

mettent en moyenne de six à huit jours à évoluer. Ceux qui sont irrités par le grattage ou par les frottements peuvent persister encore plus longtemps.

Tel est l'élément caractéristique du prurigo simplex acutus.

Localisations et mode de groupement de l'éruption. — Les régions qui sont de beaucoup les plus atteintes par l'éruption sont la face externe des membres et surtout les faces d'extension des avant-bras, les coudes vers l'olécrâne, les genoux vers la rotule, la face dorsale des mains et des doigts. Puis viennent le cou, les fesses, les régions antérieures et postérieures du tronc, la face dorsale des pieds. Les surfaces de flexion sont toujours peu ou point prises, ainsi que les grands plis articulaires; la face n'est que rarement intéressée dans les formes aiguës dont nous parlons en ce moment : cependant, même dans ces cas, nous avons observé des éléments éruptifs au front, aux oreilles, et un peu aux joues. Les règles que nous venons de poser sont assez constantes, néanmoins elles n'ont rien d'absolu : c'est ainsi que nous avons pu voir le tronc couvert d'une éruption abondante.

Un des caractères majeurs de la maladie est la dissémination des lésions. Presque toujours les éléments éruptifs sont isolés les uns des autres suivant le type sparsus. Il est plus rare de les voir apparaître en assez grande abondance pour se réunir suivant des lignes plus ou moins irrégulières, suivant des groupes toujours minuscules et mal délimités : on observe surtout cette dernière disposition vers les coudes, les genoux, les surfaces d'extension des avant-bras ; mais même alors chaque papule est nette, reconnaissable, bien individualisée; elle n'est que tangente aux papules voisines par sa base rouge; elle ne forme jamais avec elles, par confluence étroite, de véritables plaques d'infiltration au niveau desquelles les éléments seraient confondus dans un même gâteau inflammatoire. Nous insistons beaucoup sur ce fait, car nous pensons qu'à cet égard notre description ancienne de la maladie demande à être quelque peu rectifiée (voir les mémoires cités de E. Vidal et notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau).

Nous devons également noter qu'il ne se produit pas, dans le type aigu que nous étudions, de lichénification vraie des téguments. C'est encore là une particularité des plus importantes à spécifier pour l'appréciation exacte de la place qu'on doit assigner au prurigo simplex acutus dans le cadre nosologique.

Évolution. — L'affection évolue par production successive de nouvelles papules. Parfois la première poussée est la plus considérable, la plus généralisée ; puis elle est suivie de poussées subintrantes de moins en moins fortes jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'éléments nouveaux. Parfois, au contraire, les premières poussées

sont assez circonscrites, peu violentes, puis graduellement l'éruption se généralise, se prolonge par production incessante de papules nouvelles, alors que les anciennes guérissent, puis les poussées deviennent moins intenses et finissent par cesser. On peut aussi observer des périodes très passagères d'accalmie, puis des recrudescences.

La *durée totale* de l'affection peut varier dans d'assez larges proportions suivant les cas. Dans les faits que nous considérons comme des exemples typiques des formes aiguës, elle est de deux semaines à deux mois environ.

La *terminaison* est la guérison par restitutio ad integrum des téguments, car les pigmentations, lorsqu'elles se produisent, finissent presque toujours par disparaître, et les cicatrices blanches que nous avons mentionnées sont, quand elles existent dans ces cas aigus, assez peu nombreuses et assez peu marquées pour être négligeables.

Mais les *récidives* sont possibles : elles semblent même, d'après ce que nous avons vu, être relativement fréquentes, et se reproduire d'une manière assez régulière à certaines saisons.

D'autre part, on voit parfois des éruptions exactement analogues (comme aspect, localisations, phénomènes subjectifs) à celles que nous venons de décrire, durer beaucoup plus longtemps, plusieurs mois, en évoluant par poussées successives. Ce sont des formes dignes du nom de subaiguës et sur lesquelles nous allons revenir un peu plus loin.

Phénomènes subjectifs. — Tous les malades qui sont atteints de cette affection présentent des phénomènes douloureux. Certains d'entre eux nous ont nettement affirmé que ces phénomènes douloureux avaient précédé toute éruption : c'est là un fait des plus importants (voir les travaux de notre excellent ami M. le Dr Jacquet sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vaso-motrices : *Annales de dermatologie,* 1890, p. 487), qui demande des recherches plus précises afin de pouvoir établir d'une manière rigoureuse quelle est la véritable chronologie des symptômes. Il est fort possible qu'ici, comme dans beaucoup d'autres affections cutanées, le prurit soit pré-éruptif (Jacquet), et que l'éruption n'en soit qu'une sorte de conséquence. (Voir également sur ce point le mémoire de 1891 de E. Vidal.)

Quoi qu'il en soit, et en admettant même que les idées de M. le Dr Jacquet se vérifient aussi pour notre dermatose, il n'en est pas moins vrai que les téguments réagissent ici d'une manière assez spéciale par la production de la papule caractéristique que nous venons de décrire. (Voir notre communication au Congrès de Vienne, 1892, sur les dermatoses prurigineuses.)

Les sensations éprouvées par les malades sont plus ou moins vives,

suivant les cas : cependant elles sont presque toujours intenses. Elles sont rarement continues ; elles présentent des périodes de calme complet ou relatif de quelques heures, suivies d'exacerbations. Celles-ci se produisent surtout le soir et pendant la nuit ; parfois elles causent de l'insomnie, et par leur violence sont absolument intolérables : ce sont des sensations de prurit, de piqûres, de picotements, d'élancements, parfois de brûlures.

Phénomènes éruptifs concomitants. — Il est rare d'observer, chez les malades atteints de prurigo simplex, d'autres éruptions que les papules caractéristiques. Cependant nous avons déjà mentionné la coïncidence relativement fréquente chez eux d'éruptions urticariennes. On peut même se demander si parfois cet élément urticarien ne doit pas être considéré comme faisant partie intégrante de la dermatose. Il semble, en effet, que le début se fasse assez souvent par une poussée d'urticaire vraie : plus fréquemment encore les papules se forment sur une base rosée à type ortié. Pendant le cours même de l'éruption, on peut voir survenir, çà et là et à diverses reprises, des éléments typiques d'urticaire. Beaucoup de ces malades sont donc, comme nous l'avons déjà dit, des sujets en puissance d'urticaire.

Parfois les papules excoriées s'enflamment et donnent ainsi naissance à des pustules d'inoculation : parfois aussi des groupes de papules irritées prennent un développement un peu plus considérable et s'entourent d'une certaine infiltration inflammatoire du derme ; mais ces accidents sont en somme fort rares.

Il est permis d'affirmer que l'on n'observe jamais dans cette affection ni eczématisation ni véritable lichénification.

Anatomie pathologique. — Nous n'avons malheureusement pas pu, et pour cause majeure, faire pratiquer d'examen histologique sérieux de la papule caractéristique. Mais les recherches de Tommasoli et surtout celles toutes récentes de Darier (Société française de dermatologie, 20 juillet 1893) ont fixé la science sur ce point : aussi, pour éviter des redites, renvoyons-nous nos lecteurs à leurs travaux.

Pour leur édification, nous reproduisons simplement ici les conclusions si importantes de M. le D[r] Darier : « La papule récente de prurigo est donc constituée par un état inflammatoire aigu de l'épiderme. A son sommet se trouve une sorte de plaque lenticulaire formée par des cellules en dégénérescence colloïde, plaque apparaissant à l'examen clinique sous la forme d'une tache jaunâtre. Au-dessous se produit une vésiculation active du corps muqueux de Malpighi. A sa base existe un œdème inflammatoire plus ou moins étendu du corps papillaire qui se traduit par l'apparence urticarienne. La vésicule, une fois constituée, est destinée à se dessécher, puis il y a exfoliation de l'épiderme malade ; ou bien elle est déchirée dans les manœuvres de grattage. »

M. le Dr Darier, dans cette même communication, signale ce fait capital, que cette histologie est identiquement celle du strophulus pruriginosus (fait que nous avions déjà annoncé avec notre maître, E. Vidal), que c'est également celle des papules récentes du prurigo de Hébra.

C'est là pour nous une constatation de la plus haute importance, car elle va nous permettre d'asseoir toute notre conception des prurigos sur une base à la fois clinique et anatomo-pathologique.

Résumé. — En somme, les faits qu'avec notre maître E. Vidal nous avons voulu décrire sous le nom de lichen simplex aigu, sont caractérisés : 1° avant tout, au point de vue objectif, par une éruption de petites papules congestives à aspect spécial ; 2° par des phénomènes douloureux accompagnant et probablement même précédant l'éruption ; 3° par une évolution affectant le type des poussées subintrantes, parfois successives, mais à allures aiguës ; 4° par la dissémination des lésions qui affectent le type sparsus et qui sont surtout localisées vers les surfaces d'extension ; 5° par l'absence complète d'eczématisation et de lichénification vraie ; 6° par la présence très fréquente sinon constante d'un élément urticarien. Tel est notre ancien lichen simplex aigu, notre prurigo simplex acutus actuel.

Discussion de ce type. — Ce type morbide ne peut rentrer dans aucun autre des types morbides connus jusqu'à ce jour.

Il ressemble beaucoup à l'*urticaire*, et il est d'autant plus séduisant de poser dans ces cas le diagnostic d'urticaire, que les malades qui en sont atteints présentent presque toujours, comme nous l'avons vu, des lésions urticariennes. Cependant, en analysant de près tous les symptômes, on voit que l'assimilation n'est vraiment pas possible, à moins que l'on ne veuille étendre le cadre des urticaires d'une manière réellement abusive. Les papules et les papulo-vésicules que nous avons étudiées ne peuvent être assimilées ni à l'élément typique de l'urticaire vulgaire, ni aux diverses variétés qu'en décrivent la plupart des dermatologistes. Nous ne pouvons méconnaître néanmoins que nombre de faits analogues à ceux que nous étudions ont été décrits sous le nom d'urticaire papuleuse, que beaucoup d'auteurs ne les considèrent que comme des urticaires, et qu'on peut invoquer, pour soutenir cette opinion, la formation fréquente de la papule caractéristique sur une base d'urticaire : de telle sorte qu'il semble que cette papule soit une sorte de conséquence, de suite, de complication de cette urticaire. A cela nous répondrons que, si ce mode de production de la papule caractéristique est fréquent, il n'est pourtant pas constant ; que les papulo-vésicules si nettes, si minuscules, si bien définies de notre type sont bien spéciales comme aspect, comme évolution, comme anatomie pathologique, quoique étant, nous le reconnaissons, très voisines des processus urticariens. Quelque minime que

puisse être l'élément pur d'urticaire, quelque modifié qu'il soit par le grattage et les excoriations, il ne peut parvenir à former notre papule caractéristique avec sa croûtelle centrale, laquelle n'est nullement d'ailleurs consécutive au traumatisme. La marche de la maladie, son évolution quasi-cyclique pendant plusieurs semaines, ne cadrent guère non plus avec la physionomie ordinaire des simples poussées d'urticaire. Or, c'est uniquement pour des motifs analogues qu'on a distingué des urticaires les phases de début et les formes atténuées du prurigo de Hébra. Ce dernier argument a bien sa valeur. Et d'ailleurs, à tout prendre, nous ne voyons pas trop pourquoi nous continuerions à nous efforcer de tracer une ligne de démarcation entre ces faits et les urticaires, puisqu'en somme les urticaires ne constituent qu'un vaste syndrome dans lequel, quand on le peut, on doit essayer de distinguer des types cliniques. Nous avons prouvé que les faits dont nous nous occupons ont un air de famille, qu'ils répondent à un type, c'est l'essentiel. Si on veut les laisser, malgré tous les arguments précédents, et malgré notre opposition formelle, dans le grand groupe incohérent des urticaires, qu'on les décrive au moins à part, ce qu'ils méritent bien, ce nous semble, grâce à leur physionomie particulière ; c'est tout ce que nous demandons, car le reste n'est plus qu'une querelle de mots.

Nous avons vu des dermatologistes porter le diagnostic d'*érythème papuleux* chez des malades affectés de notre prurigo simplex acutus. Nous ne pouvons admettre cette interprétation. Quelque minime que soit un élément d'érythème papuleux, il n'a pas la petitesse, la régularité, la forme de nos papules caractéristiques, il n'en a pas les mêmes localisations ; il ne s'accompagne pas surtout des mêmes phénomènes subjectifs. Mais nous reconnaissons qu'entre notre prurigo simplex acutus et nos dermatites polymorphes douloureuses aiguës, il y a certaines analogies, l'évolution, les récidives fréquentes, les phénomènes subjectifs : tout cela doit rapprocher dans un graphique ces deux groupes morbides. On ne peut néanmoins les assimiler, car les éruptions diffèrent assez notablement d'aspect.

Le prurigo simplex acutus ne peut être confondu avec les *miliaires*. On sait que les éruptions sudorales ont des localisations spéciales qui ne sont pas celles de notre affection, que les éléments sont beaucoup plus petits que nos papules caractéristiques, qu'ils sont d'ordinaire beaucoup plus nombreux sur une surface donnée : enfin leur pathogénie et leur évolution sont également bien différentes.

On ne peut non plus le confondre avec l'*eczéma papuleux vrai* : il ne présente jamais d'eczématisation vraie ; jamais il ne donne naissance à un placard infiltré, suintant, à propos duquel le diagnostic d'eczéma s'impose. Certes les éléments éruptifs sont assez souvent papulo-vésiculeux, mais ils sont toujours disséminés, distincts les uns des

autres, jamais ils ne fournissent la moindre sérosité citrine empesant le linge, jamais ils ne s'accompagnent de desquamations successives. Dès lors est-il vraiment possible, sans un singulier abus de langage, de ranger ces faits dans le groupe des eczémas d'origine interne névrodermiques ou autotoxiques? Certes nous ne doutons pas que notre prurigo simplex acutus ne soit lui aussi une dermatose d'origine interne névrodermique ou autotoxique (voir notre mémoire de 1891 sur les dermatoses prurigineuses), et qu'il ne soit, à cet égard, assimilable jusqu'à un certain point à d'autres dermatoses objectivement caractérisées par de l'eczématisation ; mais on ne peut méconnaître qu'il en diffère au point de vue de l'expression objective, et qu'il ne serait possible de le faire rentrer dans les eczémas qu'en étendant d'une façon réellement abusive les limites de ce groupe. Si on persistait à le faire, nous reprendrions ici le raisonnement que nous avons déjà mis en avant pour l'urticaire, et nous réclamerions quand même la description à part de cette forme spéciale, ce qui reviendrait en somme à une misérable querelle de mots.

Des raisons analogues nous permettent de distinguer nettement notre prurigo simplex du *prurigo diathésique à forme eczémato-lichénienne* sur lequel notre excellent maître M. le Dr E. Besnier appelait tout récemment l'attention.

Nous sommes moins affirmatif en ce qui concerne le *lichen ruber acuminatus neuroticus* d'Unna, et pour cause, car nous n'avons personnellement que fort peu d'expérience de cette dernière dermatose. Nous ne croyons pas cependant, d'après les descriptions données par le célèbre dermatologiste allemand, que notre type puisse rentrer dans son lichen ruber neuroticus, dont les papules semblent être beaucoup plus nombreuses, plus acuminées, plus sèches, développées autour d'un follicule pileux, et qui ont de la tendance à devenir confluentes et à former des plaques étendues, d'un rouge bleuâtre, un peu squameuses : le malade présente de plus un état général grave, une grande faiblesse, une surexcitation nerveuse excessive, en même temps que de la dépression et de la prostration. Tous ces symptômes ne cadrent guère avec ceux de notre prurigo simplex acutus.

Il est relativement facile de distinguer notre entité morbide *des formes typiques du prurigo de Hébra,* puisque c'est une dermatose à allures aiguës, guérissable, pouvant débuter à un âge quelconque et surtout entre 15 et 25 ans, ne se compliquant jamais ni d'eczématisation ni de lichénification vraie. Les différences entre les deux types sont donc capitales, et il est bien certain qu'aucun dermatologiste de l'école de Vienne ne songera jamais à faire rentrer notre prurigo simplex aigu dans le Prurigo. Et cependant, il y a une affinité réelle entre ces deux affections ; et cette affinité est établie par l'élément éruptif, par notre papule pathognomonique.

Depuis longtemps déjà E. Vidal avait soupçonné d'étroites affinités entre son lichen simplex aigu et les éruptions infantiles dites strophulus. Ses soupçons ont été dépassés par les résultats ultérieurs de l'analyse clinique minutieuse et de l'examen histologique (Darier) qui ont prouvé que, cliniquement et histologiquement, la papule caractéristique du prurigo simplex acutus, celle du strophulus pruriginosus des enfants, et celle du prurigo de Hébra au début étaient absolument identiques. Ainsi viennent d'être démontrées entre ces divers types morbides d'étroites relations que l'on ne saurait plus méconnaître, et qu'il s'agit d'utiliser pour arriver à la conception définitive de toute cette série de faits.

Certes, nous n'avons pas la sotte prétention de découvrir aujourd'hui ces cas qui, sans être très fréquents, sont cependant relativement assez nombreux aux consultations et dans les salles de l'hôpital Saint-Louis. Nous n'ignorons pas qu'on les a déjà observés, qu'on les a même décrits chez les enfants sous le nom d'urticaires (Colcott Fox), chez les adultes sous le nom de prurigos atypiques (Tenneson et ses élèves, etc.). Mais, qu'on nous permette de le dire, dans ces prurigos atypiques il y a beaucoup de formes morbides diverses qui doivent être précisées et qui ne peuvent garder cette étiquette uniforme, bonne comme nom d'ensemble, insuffisante pour l'étude détaillée du groupe. Aujourd'hui nous ne voulons nous occuper que des faits qui ne sont caractérisés au point de vue objectif que par les papules spéciales que nous avons si longuement décrites, et dans lesquels il ne se produit jamais ni eczématisation, ni lichénification vraie. Ceux entre eux que nous considérons comme des exemples typiques de la forme aiguë ont une durée totale, quasi-cyclique, de deux à huit semaines, et se terminent constamment par la guérison complète avec restitutio ad integrum des téguments.

Tel est le premier terme de la série : or l'analyse des faits cliniques montre qu'il existe toute une gamme de faits de passage entre ce prurigo simplex acutus et des types dont les allures rebelles chroniques récidivantes rappellent tout à fait la physionomie du prurigo vrai de Hébra. Nous allons maintenant en donner un exposé aussi succinct que possible.

Étude des faits à allures chroniques uniquement caractérisés au point de vue objectif par une éruption analogue à celle du prurigo simplex acutus.

Nous avons déjà vu plus haut qu'il est des faits, présentant tous les symptômes caractéristiques de notre type aigu, qui durent plusieurs mois, et qui revêtent par suite des allures plutôt subaiguës. Nous avons observé, salle Cazenave, en 1889, alors que nous avions l'honneur de

remplacer notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Besnier, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, un jeune homme de 19 ans, à peau fine et blanche, qui a présenté pendant plusieurs mois sur tout le corps, membres et tronc, des poussées successives d'une éruption papuleuse répondant au type que nous étudions. Parfois il semblait que la guérison allait se produire, puis survenait une poussée nouvelle.

Voici une observation recueillie tout récemment qui continue cette série, établissant un chaînon des plus nets entre les faits aigus et les faits à allures subaiguës, puis franchement chroniques.

Obs. VIII. — E..., âgé de 8 ans, de bonne constitution apparente, sans autre antécédent héréditaire qu'une nervosité très accentuée chez la mère, vient nous consulter le 6 octobre 1893, à l'hospice La Rochefoucauld. Il a été élevé à Saint-Domingue, et il est en France depuis trois mois. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le moment où il a quitté les Antilles, il a été pris d'une éruption tenace, évoluant par poussées successives. Elle est plus accentuée quand il fait chaud ; elle augmente quand l'enfant transpire ou quand il est enfermé dans une pièce chaude. Elle est essentiellement caractérisée par de petites élevures rosées, miliaires, de la grosseur d'une tête d'épingle plus ou moins volumineuse ; au début elles ont souvent un aspect un peu urticarien ; elles présentent pour la plupart un léger soulèvement épidermique central offrant une teinte opaline : ce soulèvement se dessèche bientôt sous forme d'une croûtelle adhérente ou d'une squame ; parfois même il semble qu'il y ait une squame assez large, présentant à son centre un peu plus d'épaisseur. Çà et là on en trouve qui ont été nettement excoriées.

Aux doigts, en particulier à la face externe et supérieure des pouces, se voient plusieurs éléments isolés : les uns sont rosés, à sommet opalin, et disparaissent complètement par la pression ou quand on tend la peau ; les autres ont une certaine teinte bistre et leur teinte ne disparaît pas complètement par la pression ; il est même facile de voir au centre de quelques-uns une teinte purpurique tenant évidemment à de petites hémorrhagies interstitielles. L'examen attentif de ces lésions d'âges divers montre que la papule, à mesure qu'elle évolue, prend à son centre une teinte de plus en plus bistre, puis se couronne d'une sorte de croûtelle centrale, sans que cependant il y ait la moindre trace d'excoriation. Tous ces éléments font de légères saillies appréciables au toucher.

Sur l'index droit se voient plusieurs éléments papuleux, disposés en séries linéaires, au centre desquels il s'est produit un peu d'extravasation sanguine.

L'éruption est surtout abondante à la face dorsale des doigts, à la face dorsale des mains, aux faces antérieures et postérieures des avant-bras. A la face antérieure des poignets, les éléments ont été tellement nombreux, et les grattages causés par les démangeaisons tellement intenses qu'il y a une certaine tendance à la lichénification : on y voit, en effet, une multitude de petites facettes brillantes, surtout perceptibles à la lumière oblique, et une certaine exagération des plis cutanés. Il n'y a d'ailleurs ni infiltra-

tion, ni épaississement du derme. Sur toutes les régions atteintes, on retrouve des vestiges des éruptions antérieures sous forme de petites taches blanches, comme nacrées, sortes de cicatricules consécutives aux excoriations, et de taches légèrement pigmentées, à surface parfois brillante, ressemblant jusqu'à un certain point aux éléments de début du lichen planus, ou pour mieux dire aux éléments des lichénifications diffuses.

Au pli du coude gauche se voient des traces de purpura.

Aux jambes, la peau est xérodermique : elle présente de nombreuses cicatricules blanches et des éléments çà et là disséminés en activité.

Sur le tronc, il y a quelques rares papules. Au cou, il y en a un certain nombre, d'un rouge plus ou moins vif, opalines au centre, ayant un aspect un peu urticarien : quelques-unes, surtout vers les oreilles, sont excoriées à leur sommet ou recouvertes d'une croûtelle jaunâtre.

La figure est prise : vers l'angle de la mâchoire, se voient des papulo-vésicules nettes avec croûtelle centrale à divers degrés d'évolution. Quelques éléments sont disséminés çà et là vers la partie inférieure des joues. Au menton, existe un petit groupe de cinq papules. A la figure, on ne trouve de vestige de l'hémorrhagie centrale constatée aux membres qu'au niveau de quelques papules de l'angle de la mâchoire. Sur le front, se voient quelques éléments.

Le petit malade se plaint de démangeaisons violentes, revenant surtout vers le soir.

On lui prescrit un régime alimentaire sévère, une solution arsenicale, une pommade phéniquée menthée.

Il revient le 18 octobre fort amélioré, en pleine voie de guérison. Il est vrai que le temps s'est mis au froid. Les parents nous ont écrit le 22 décembre que, depuis plusieurs semaines déjà, il n'y avait plus trace d'éruption.

Remarques. — Il s'agit donc, dans cette observation VIII, d'une éruption prurigineuse offrant le même type objectif, la même lésion élémentaire que nos sept premiers cas, mais d'une intensité beaucoup plus considérable, ayant une certaine tendance à s'accompagner de lichénifications avortées, évoluant par poussées successives, et ayant eu une durée d'au moins quatre mois.

Voici un autre fait du même ordre, beaucoup plus important pour la démonstration de la thèse que nous soutenons, car il a été recueilli en 1886, en dehors de toute préoccupation théorique.

Obs. IX. — Émilienne C..., âgée de 16 ans, cuisinière, entre le 24 septembre 1886, salle Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr E. Besnier, remplacé à cette époque par le Dr L. Brocq. Le seul antécédent héréditaire important à signaler chez elle est que sa mère, quoique bien portante, est très impressionnable, très nerveuse, et se met facilement dans de violentes colères. Quant à elle, elle n'a jamais eu de maladies antérieures. Elle paraît être de bonne constitution, quoiqu'elle ait un fort léger degré d'asphyxie locale des extrémités qui sont habituellement froides et livides. Le système pileux est peu développé. Il n'y a pas d'en-

gorgement ganglionnaire cervical, pas de kératose pilaire. Elle est réglée depuis trois ans, mais peu abondamment. Elle est sujette à avoir pendant l'hiver des bronchites fréquentes et prolongées.

Elle est atteinte depuis *sept ou huit mois* de l'affection qu'elle présente au moment de son entrée à l'hôpital. L'éruption a débuté par les bras d'abord, puis le tronc et le cou ont été envahis, enfin le corps tout entier a été pris. D'après la description de la malade, cette éruption était constituée par des « cloques » prurigineuses qu'elle grattait et qui se recouvraient d'une croûtelle noirâtre. Depuis lors elle a toujours persisté, en évoluant par poussées successives.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, l'éruption a son maximum de confluence à la face postéro-externe des membres supérieurs (le membre gauche est plus atteint que le droit) et aux membres inférieurs, où elle est cependant beaucoup moins abondante qu'aux bras. Il existe en outre quelques éléments papuleux sur la figure et sur le haut du tronc.

L'éruption est constituée : 1° par des macules arrondies de la dimension d'une toute petite lentille, brunâtres et superficiellement cicatricielles ; 2° par des papules rouges ayant au centre une croûtelle brunâtre ou noirâtre ; 3° par de rares papules peu saillantes, légèrement acuminées, du volume d'une grosse tête d'épingle et non encore excoriées. Il n'existe nulle part de vésicules. Les lésions ne semblent pas être particulièrement en rapport avec les follicules pilo-sébacés. La peau est lisse dans l'intervalle des éléments éruptifs, sans aucune saillie.

Sur les mains, on trouve les mêmes éléments éruptifs, assez rares du reste, et siégeant surtout sur la face dorsale de la région métacarpienne.

Mêmes éléments encore sur les membres inférieurs, sur le haut du tronc, mais beaucoup moins abondants. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire appréciable aux plis inguinaux.

Au cou, on observe un aspect rappelant absolument la lésion dite syphilide pigmentaire : ce sont des taches blanchâtres sur fond pigmenté brun jaunâtre. La malade se rappelle fort bien avoir eu en ce point, c'est-à-dire sur la région cervicale, il y a environ un mois et demi, une éruption de boutons prurigineux analogues à ceux qu'elle présente en ce moment sur le corps.

Il n'y a rien sur les muqueuses.

On institue un traitement hémiplégique : sur le côté droit on applique des emplâtres à l'huile de foie de morue, sur le côté gauche on fait des frictions à l'huile de foie de morue naphtolée au dixième.

Au bout de quelques jours, la malade accuse une diminution des démangeaisons du côté traité par l'huile naphtolée, tandis que le côté droit ne semble pas être amélioré. On traite alors toute la surface du corps par des frictions à l'huile de foie de morue naphtolée.

Au bout de dix jours, la malade sort guérie.

Remarques. — Nous nous sommes borné à transcrire les notes prises sur ce cas en 1886, telles que nous les avons trouvées dans nos papiers, sans même vouloir en changer l'ordre, pour leur laisser leur physionomie première. On y voit très nettement que l'éruption est

bien identique à celle de la dermatose aiguë que nous venons de décrire, qu'elle présente les mêmes localisations, les mêmes phénomènes subjectifs, que les papules laissent après elles des pigmentations très marquées et même de petites cicatricules, qu'elles ne se compliquent ni d'eczématisation ni de lichénification : c'est donc bien notre type prurigo simplex acutus, sauf la durée. Or ce dernier point était pour nous à cette époque encore tellement important que nous n'osâmes pas porter le diagnostic de lichen simplex, et nous étiquetâmes ce cas *Prurigo*. Diagnostic juste, c'est incontestable; diagnostic, comme nous allons le voir plus loin, tout à fait conforme à la réalité des faits, mais diagnostic qui, à cette époque, montrait, tout comme la médication par les emplâtres que nous instituâmes, tout comme la recherche minutieuse des adénopathies que nous fîmes, que nous pensions en le portant au vrai prurigo de Hébra, plutôt qu'à tout autre type morbide. Et cependant il n'y avait dans ce cas ni eczématisation ni lichénification, et cependant les emplâtres à l'huile de foie de morue ne donnèrent aucun bon résultat.

A l'heure actuelle, il est évident pour tout esprit non prévenu que ce fait se relie étroitement au lichen simplex aigu de E. Vidal, dont il constitue une forme prolongée, ou pour mieux dire, subaiguë à poussées successives.

Si nous faisons encore un pas de plus dans cette voie, nous trouverons des faits toujours caractérisés, au point de vue objectif, par la même éruption papuleuse restant à l'état pur, par les mêmes phénomènes subjectifs, mais présentant une intensité beaucoup plus considérable de tous les symptômes morbides et une ténacité beaucoup plus grande. D'ordinaire cependant, il se produit dans ces cas une certaine accalmie pendant l'hiver ; c'est dès le printemps et pendant la saison chaude que l'éruption atteint toute son acuité. La maladie persiste ainsi pendant des années plus ou moins nombreuses, *affectant le type chronique à poussées successives.*

En voici un exemple, des plus démonstratifs, que j'ai récemment étudié à ma policlinique de La Rochefoucauld.

Obs. X. — Louise J..., âgée de 12 ans, vient nous consulter le 10 avril 1893 a notre consultation externe de l'hospice La Rochefoucauld, pour une affection cutanée qu'elle présente depuis déjà quatre ans.

La mère de l'enfant est nerveuse, impressionnable ; mais elle n'a jamais eu de dermatose. La petite malade a toujours été bien portante en dehors de l'affection cutanée qu'elle présente ; en effet, on ne trouve à noter chez elle, comme antécédent morbide, qu'une bronchite il y a trois ans. En particulier elle n'a jamais eu ni gourmes, ni adénites cervicales, ni conjonctivites. Cependant les lobules des oreilles sont enflammés autour des boucles qu'elle porte.

Il y a maintenant quatre ans, alors qu'elle avait 8 ans, elle a eu pour

la première fois, brusquement, sans aucune cause appréciable, vers le printemps, une éruption généralisée qui s'accompagna d'un prurit des plus intenses. Cette éruption persista pendant tout l'été; puis elle cessa pendant l'hiver suivant pour revenir avec toute son acuité dès les premières chaleurs; et ainsi de suite jusqu'à l'époque actuelle. La mère de la petite malade donne un autre renseignement des plus étranges et que nous reproduisons sous toutes réserves, quoique au fond il soit peut-être moins étonnant qu'il ne le paraît au premier abord, et qu'il puisse même jusqu'à un certain point fournir une explication de la pathogénie de cette curieuse affection ; lorsque pendant l'été, étant en pleine éruption, la petite malade quitte Paris pour aller habiter la campagne, tous les accidents cutanés disparaissent.

L'éruption est essentiellement constituée par une seule lésion élémentaire. C'est une papule très nette, rosée ou rouge vif, parfois très pâle, dont le volume varie de celui d'une petite à celui d'une grosse tête d'épingle ; au début elle ne forme qu'une petite tache rosée assez pâle, un peu saillante au centre et dont la saillie est surtout perceptible au toucher ; puis elle s'accentue, devient un cône tronqué, arrondi au sommet. Ce sommet paraît un peu plus pâle que la base. Sur les papules les plus récentes, en piquant ce sommet, on n'obtient pas de liquide. Sur les papules un peu plus anciennes, le sommet de la papule paraît franchement opalin, parfois même un peu jaunâtre ; en le piquant délicatement avec une fine aiguille, on fait sourdre du sommet de la papule une très petite quantité de liquide transparent, parfois un peu louche. Disséminées çà et là entre les papules du type précédent, on en voit d'autres qui portent à leur sommet une fine croûtelle d'un jaune brunâtre, et qui ne semblent pas avoir été excoriées, d'autres encore qui sont nettement excoriées, sanguinolentes, ou couvertes d'une croûtelle franchement noirâtre. Entre ces divers éléments se voient, surtout sur la face externe des avant-bras et sur la face dorsale des mains, de petites cicatricules blanches, arrondies, fort nombreuses, qui criblent en quelque sorte les téguments.

Quand on enlève violemment la petite croûtelle centrale que nous venons de décrire, on trouve au-dessous une petite dépression creusant la papule. L'examen très minutieux des lésions permet d'affirmer qu'elles se développent pour la plupart dans l'intervalle des follicules pileux. Elles sont superficielles, nullement intradermiques, et ne peuvent, par conséquent, provenir d'une lésion des glomérules sudoripares.

La face externe des avant-bras et la face dorsale des mains sont les régions de beaucoup les plus atteintes ; les téguments y sont en quelque sorte criblés de ces lésions qui cependant n'y sont nulle part confluentes, et ne forment nulle part des plaques d'infiltration. La peau à ce niveau a subi tellement de grattages que, sans être nettement épaissie, elle n'a cependant pas sa souplesse normale : elle y est rugueuse, comme inégale, les plis y sont un peu plus marqués qu'à l'état normal. On y voit de plus une grande quantité de petits éléments brillants, aplatis, minuscules, situés dans l'intervalle des sillons dermiques, semblables à ceux que l'on voit au début de nos névrodermites diffuses.

Vers les coudes, tout autour de la région olécrânienne, les lésions sont

tellement nombreuses qu'elles sont presque tangentes ; la peau y a une coloration bistre, tant il s'y est produit de papules successives, et elle semble bien y présenter un commencement de lichénification diffuse avortée superficielle : c'est sur ce fond que se produisent les éléments papuleux, presque papulo-vésiculeux, d'un rouge vif un peu clair. Mais là non plus, malgré l'intensité des lésions, il n'y a pas de plaque infiltrée au niveau de laquelle les éléments éruptifs soient confondus : ils sont tous distincts. Nulle part il n'y a d'éléments volumineux ; tous sont minuscules et leurs dimensions ne dépassent pas celles d'une forte tête d'épingle.

L'avant-bras gauche est moins pris que le droit : on y retrouve cependant toutes les lésions que nous venons de mentionner.

Les faces dorsales des mains, et même celles des doigts sont couvertes de la même éruption.

Les bras sont un peu moins intéressés que les avant-bras : les faces internes sont presque indemnes, comparativement aux faces externes.

Tout autour du cou, les papules sont extrêmement abondantes : elles y forment même des groupes divers irréguliers en séries linéaires.

Le front en est couvert : elles y ressemblent de loin à de minuscules éléments d'acné atrophique.

Elles existent aussi sur les joues, et l'élément pseudo-vésiculeux y est beaucoup plus marqué qu'en aucun autre point du corps.

Le bord libre des oreilles et les lobules en sont couverts. Le cuir chevelu est indemne cette année-ci : mais il a été atteint les autres années, quoique fort modérément.

Le devant de la poitrine, la ceinture, les fesses présentent quelques papules çà et là disséminées.

Elles se retrouvent en assez grand nombre sur les cuisses, surtout sur leur région externe, qui est littéralement criblée de cicatrices. Elles sont encore plus nombreuses sur les jambes et au pourtour de la rotule : elles y sont cependant moins abondantes que sur les avant-bras. Il n'y en a que deux ou trois sur la face dorsale et externe des pieds.

Les crises de prurit sont extrêmement violentes, surtout pendant la nuit.

Au point de vue thérapeutique, nous avons tout essayé chez cette enfant, sans arriver au moindre résultat. Il est vrai que nous n'avons pu l'hospitaliser, et par suite surveiller les pansements et la soumettre à une médication rigoureuse.

Les bains divers, les pommades, les pâtes menthées, phéniquées, résorcinées, les enveloppements résorcinés, les applications d'huile de foie de morue pure, naphtolée, phéniquée, etc., au point de vue local et au point de vue général, le régime alimentaire, le lait, l'atropine, l'arséniate de soude à haute dose, etc..., tout cela n'a pu parvenir à faire disparaître l'éruption. Cependant, la mère nous a dit qu'elle était un peu moins forte cette année-ci que les années précédentes.

Remarques. — Nous voyons donc ici une affection caractérisée au point de vue objectif par des lésions absolument identiques à celles de notre type aigu, ayant le même aspect, la même évolution en tant

qu'élément isolé, affectant les mêmes localisations, s'accompagnant des mêmes phénomènes subjectifs ; mais la violence de l'éruption est beaucoup plus considérable, et sa ténacité est tout autre. Elle ne cède pas ici à une médication hygiénique et à des pansements appropriés ; c'est à peine si des soins assidus l'améliorent : elle persiste quand même et semble n'être modifiée que par des influences de saison et de milieu. Il est probable que ce sont des faits semblables qu'Hutchinson a observés et décrits sous le nom de *Summer prurigo (Recurring Summer eruption)* (Voir Radcliffe Crocker, 2e édition, p. 215).

En outre, bien que l'éruption ait toujours son grand caractère d'être surtout constituée par des éléments isolés, du type sparsus, bien qu'il ne survienne aucune eczématisation, et qu'il n'y ait pour ainsi dire pas de lichénification véritable, les éléments éruptifs sont en certains points tellement nombreux, ils y ont provoqué tant de grattages grâce aux poussées successives incessantes qui s'y sont produites, que la peau y a subi certaines modifications simulant un léger degré de ce que nous avons appelé la lichénification diffuse avortée. Il n'y a évidemment là rien qui puisse rappeler les plaques infiltrées lichénifiées et eczématifiées du prurigo typique de Hébra, mais il n'en est pas moins vrai que par ces caractères ce fait s'éloigne quelque peu du type pur lichen simplex aigu de E. Vidal pour se rapprocher quelque peu du type prurigo de Hébra.

Ce sont donc bien là des faits à allures chroniques, récidivantes, rebelles, de grande intensité, ayant le même type objectif que le prurigo simplex acutus.

Ils se rapprochent beaucoup comme évolution, comme résistance au traitement, et même comme physionomie objective, de cette forme particulière de prurigo que nous avons décrite, E. Vidal et nous-même, sous le nom de prurigo ferox. (Nous nous proposons d'ailleurs de reprendre sous peu la description de cette dernière variété morbide.) Seulement dans les faits que nous étudions les papules sont minuscules, superficielles ; elles sont au contraire des plus volumineuses dans notre prurigo ferox ; les phénomènes douloureux y atteignent une intensité excessive ; parfois même on y observe de petites plaques, peu accentuées, il est vrai, de lichénification.

Sans ces particularités qui ont bien leur valeur, l'assimilation entre ces deux types morbides pourrait être complète.

En suivant toujours la même série de faits, on en trouve qui sont analogues à ceux dont nous venons de parler, qui se caractérisent également au point de vue objectif par des éruptions successives d'éléments papuleux minuscules identiques à la papule du prurigo simplex acutus, dans lesquels les phénomènes morbides disparaissent pendant l'hiver ou quand le malade habite des localités à climat très sain et tempéré, plutôt frais, et se reproduisent au contraire avec ténacité

pendant les saisons chaudes, qui s'accompagnent de phénomènes douloureux, de prurit, dans lesquels il persiste des cicatricules, des pigmentations, etc. Ils diffèrent néanmoins quelque peu de ceux que nous venons d'étudier en ce que leurs éruptions sont beaucoup plus circonscrites, en ce qu'elles ont parfois d'autres localisations. A cet égard, nous pourrions leur donner le nom d'*atypiques*. En voici un exemple sur lequel nous ne possédons par malheur que peu de détails, car nous n'avons pu l'observer qu'une seule fois et pendant bien peu de temps.

Obs. XI. — En août 1893, vient me consulter une jeune femme, âgée d'environ 30 ans, originaire de l'Amérique centrale, ayant la peau normale assez fortement colorée en brun, d'aspect un peu maladif. Elle a des digestions difficiles, de la constipation opiniâtre, elle est facilement impressionnable, mais n'a pas d'affection nerveuse vraie. Elle n'a pas d'adénopathie notable.

Depuis quatre ans, elle est atteinte d'une éruption de petits éléments papuleux rouges, de la grosseur d'une moyenne ou d'une grosse tête d'épingle, prurigineux, qu'elle excorie au sommet. Ces éléments évoluent par poussées successives plus ou moins intenses : ils sont parfois fort nombreux aux régions où ils se produisent « à se toucher », dit la malade ; mais ils ne forment jamais de plaques suintantes. Le jour de notre examen, ils sont bien discrets, isolés les uns des autres. Ils se produisent surtout lorsque la malade est soumise à l'action de la chaleur : ils sont aussi un peu plus abondants au moment des règles. Ils sont localisés à la partie antérieure du thorax, vers les épaules, mais surtout tout autour des régions axillaires, en avant et en arrière. C'est en ces points, vers les muscles deltoïde et grand pectoral, et vers les parties inférieures du trapèze, que se trouvent aujourd'hui les lésions éruptives.

Il paraît que la malade en présente un autre groupe important vers le bas-ventre, le haut des cuisses, les flancs, et tout autour des plis inguinaux; mais il ne nous a pas été permis de constater l'état de ces régions.

Les éléments éruptifs laissent après eux des pigmentations brunâtres plus ou moins accentuées, allant du brun clair au brun très sombre presque noir, et d'autant plus marquées que les éruptions ont été plus fréquentes. Ces pigmentations zèbrent complètement le cou de la malade, les régions antérieures et postérieures du thorax, surtout vers les aisselles. Ce sont d'ailleurs ces pigmentations qui ennuient le plus la malade et pour lesquelles elle vient nous consulter.

Remarques. — Ce fait, dans sa physionomie générale, s'éloigne encore bien plus que l'observation X du type lichen simplex aigu de E. Vidal. Cependant on y retrouve l'élément papuleux caractéristique, avec son volume, sa superficialité, son évolution spéciale, ses phénomènes subjectifs. Les pigmentations consécutives sont très marquées, peut-être à cause des prédispositions spéciales de la malade ; mais les localisations ne sont plus les mêmes, et c'est surtout à ce point de

vue que ce fait peut être considéré comme étant, dans une certaine mesure, atypique.

Certes nous savons bien que la plupart de ceux qui liront ce mémoire regarderont ce cas comme un fait banal de prurigo atypique ; mais, encore une fois, il faut étudier de près ces faits dits jusqu'ici prurigos atypiques. Nous estimons qu'il est bon de classer à part ceux qui présentent ces deux grands caractères : 1° de commencer à une époque quelconque de la vie ; 2° de ne s'accompagner jamais ni d'eczématisations, ni de lichénifications véritables, ni d'adénopathies, et d'être toujours caractérisés au point de vue objectif par les papules spéciales isolées que nous venons de décrire.

A côté de cette observation, nous devons en ranger une autre qui nous paraît assez intéressante en ce que les phénomènes éruptifs se produisent surtout pendant l'hiver, au lieu d'être plus intenses l'été, ainsi que c'est la règle dans la plupart des cas de prurigo simplex.

Obs. XII. — M. X..., âgé de 38 ans, horloger, habitant la province, vient me consulter le 16 décembre 1893, pour une éruption rebelle dont il est atteint depuis sept ans. Elle offre des rémissions temporaires surtout pendant l'été, époque à laquelle le malade ne présente pour ainsi dire aucune lésion cutanée : elle s'exaspère au contraire dès qu'arrive l'hiver, et elle rend alors la vie intolérable à cause de l'acuité des démangeaisons qu'elle cause.

M. X... est bien constitué, et ne présente aucune lésion viscérale notable, sauf un peu de dilatation stomacale et de la constipation habituelle ; il n'a aucun antécédent héréditaire important à signaler, mais il est des plus impressionnables : il se met constamment dans de violentes colères et son expression est tellement égarée quand il parle de ses souffrances qu'il est certain qu'elles sont tout à fait hors de proportion avec les lésions cutanées qu'il nous montre.

Celles-ci sont constituées par de toutes petites papules disséminées sans ordre aucun sur les épaules et sur le thorax ; il n'y en a jamais ailleurs ; elles s'arrêtent au niveau de la ceinture. Les unes récentes sont d'un rose assez vif, congestives, s'effaçant par la pression du doigt : sur quelques-unes il est facile d'apercevoir au sommet une légère teinte opaline : les autres sont d'un rose plus terne, moins turgescentes que les précédentes ; elles sont surmontées d'une sorte de croûtelle entourée elle-même souvent d'une squamule sèche et nacrée. Elles ont le volume d'une moyenne ou d'une grosse tête d'épingle : çà et là on en voit quatre ou cinq beaucoup plus volumineuses, d'un rouge vif, semblant être traumatiquement enflammées : on en voit également quelques-unes d'excoriées.

Vers le rebord costal de la partie antérieure droite du thorax, point où le malade éprouve, dit-il, le maximum des démangeaisons, et où il se gratte constamment soit directement pendant la nuit, soit par-dessus ses vêtements pendant le jour, les papules sont nombreuses quoique toujours distinctes les unes des autres ; la peau dans leur intervalle a un aspect un peu bistre, et on aperçoit à ce niveau un certain degré d'exagération de

ses plis ; il y a donc en ce point un commencement de lichénification.

Depuis sept ans qu'il est atteint de cette affection, le malade a vu nombre de médecins et il a épuisé sans succès toutes les médications : à l'intérieur il a pris de l'arsenic, des alcalins, des amers (dits dépuratifs), le régime lacté complet, etc... C'est l'acide phénique associé à la rhubarbe qui a paru lui donner les meilleurs résultats sans amener cependant la guérison. Au point de vue local, il a usé de tous les topiques possibles : ce qui le soulage le plus, ce sont des lotions chaudes et des pommades phéniquées.

Remarques. — On retrouve encore dans ce cas l'éruption papuleuse disséminée caractéristique. Elle se reproduit par poussées successives : mais, à l'inverse de nos autres faits chroniques, elle est surtout marquée pendant l'hiver. Elle est également anormale par sa localisation exclusive au thorax. Sa ténacité est des plus remarquables. Elle dure depuis sept ans avec des intervalles de rémission, et elle a résisté aux médications les plus diverses et les plus rationnelles.

Un autre point d'une importance considérable est la formation, en une région du tronc plus spécialement soumise aux grattages, d'un léger degré, avorté d'ailleurs, de lichénification. Cette particularité met en relief le peu de tendance de ces affections à se compliquer de lichénification, puisque, malgré sept ans de prurit, il n'y en a ici que quelques rares vestiges, et d'autre part, l'existence de cette modification cutanée et les autres traits majeurs du cas, le rapprochent singulièrement de certaines catégories des prurigos diathésiques de notre excellent maître M. le Dr E. Besnier.

NATURE RÉELLE DES FAITS RANGÉS DANS LE GROUPE PRURIGO SIMPLEX

Nous devrions maintenant, pour être complet, rechercher quelle est la cause première des éruptions que nous venons de décrire, et nous efforcer d'en pénétrer la pathogénie. Leur nature essentiellement prurigineuse, congestive, pseudo-urticarienne nous indique tout d'abord que le système nerveux intervient pour beaucoup dans leur production, et, ici comme pour les dermatites herpétiformes, les modifications qu'il subit sont ou bien transitoires, superficielles, ou bien de plus en plus profondes et durables. C'est pour cela que, dans notre communication au congrès de Vienne, nous les avons rangées dans nos névrodermites. Mais si nous voulons faire un pas de plus, si nous voulons préciser quelle est la nature réelle de la modification subie par le système nerveux, si elle est directe ou indirecte, si elle dépend ou non d'un choc nerveux, ou d'une intoxication quelconque de l'économie (voir pour plus de détails notre pathologie générale

cutanée), nous nous égarerons dans de pures hypothèses, sans profit aucun pour la bonne conception de notre groupe. Aussi n'irons-nous pas plus loin dans cette voie, du moins pour le moment.

On n'a malheureusement que trop de tendance naturelle à vouloir immédiatement généraliser, et après avoir été tenu un peu trop sous la dépendance étroite de l'examen minutieux de la lésion objective par l'ancienne école, on se laisserait facilement aller à n'établir que quelques grands groupes généraux comme celui, si vague d'ailleurs, des toxidermites, par exemple.

Est-il vraiment légitime de se contenter de dire que tous ces faits sont des toxidermites, sans chercher à préciser davantage ? Nous ne le pensons pas. Certes nous nous sommes efforcé, autant que tout autre, de démontrer que dans l'appréciation exacte des types morbides cutanés la forme de l'éruption n'est pas tout, qu'il faut tenir compte des autres éléments constitutifs de l'affection, et surtout, quand on le peut, de la pathogénie qui nous permet de pénétrer la nature intime de la maladie. Mais, d'un autre côté, il faut se garder d'exagérer, et on doit reconnaître que la lésion éruptive est un élément de première importance dans la constitution des dermatoses. Il est nécessaire d'en tenir sérieusement compte; sans cela nous aboutirons à un chaos tout aussi déplorable que celui dans lequel on est condamné à rester lorsqu'on ne veut tenir compte que de la seule lésion éruptive.

Que l'on appelle donc, si l'on y tient, les faits que nous étudions des toxidermites, quoique ce ne soient encore là que des hypothèses non démontrées, quoique l'on puisse tout aussi bien, comme nous l'avons déjà dit ailleurs (voir notre communication au congrès de Vienne), les traiter de névrodermites, ce qui d'ailleurs n'est nullement en opposition avec le terme générique précédent; mais que l'on ne se contente pas de créer ce groupe si vague : nous demandons que l'on précise les affections que l'on veut y faire rentrer, et que l'on établisse des types morbides nets, en les appuyant sur l'analyse minutieuse de tous les éléments constitutifs des dermatoses : ce n'est qu'ainsi que l'on peut faire progresser la dermatologie.

Traitement. — Il nous paraît oiseux d'indiquer ici quelle estla médication à instituer dans un cas de prurigo simplex. Nous renvoyons pour cela à nos divers articles sur les névrodermites.

Dans les cas aigus, de simples soins d'hygiène, des lotions antiprurigineuses, une pommade à l'oxyde de zinc épaisse (lanoline et vaseline) additionnée d'acide phénique et de menthol, de la poudre d'amidon et des vêtements flottants en toile fine et usée amènent presque toujours une guérison rapide.

Dans les cas chroniques, presque tout échoue : il faut alors s'adresser surtout au système nerveux, instituer une médication sédative par

l'hygiène alimentaire et morale, par l'hydrothérapie chaude, par des médicaments internes et externes appropriés. (Voir notre ouvrage sur le traitement des dermatoses, 2e édition, articles eczéma, lichénification, prurit, urticaires, etc.)

Conclusions. — En somme, on voit qu'il existe un type morbide net répondant à ce que E. Vidal et nous-même avons voulu décrire sous le nom de lichen simplex aigu, et que, si l'on prend ce type comme point de départ, on trouve toute une série de faits de gravité croissante, allant de ce type vers les types connus sous les noms de prurigo ferox et de prurigo de Hébra, différant du prurigo ferox par la petitesse de l'élément initial et la moindre intensité des phénomènes douloureux, différant du prurigo de Hébra par la dissémination constante des éléments éruptifs et par l'absence totale d'eczématisation et de lichénification vraie.

Ce sont ces affinités du lichen simplex aigu de E. Vidal qu'avant les recherches récentes de Tommasoli nous avions déjà indiquées dans notre communication au congrès de Vienne sur les éruptions prurigineuses, en classant ce lichen simplex aigu tout à côté du prurigo de Hébra (voir plus loin notre graphique du groupe).

DISCUSSION DU NOM QUE L'ON DOIT DONNER AUX FAITS PRÉCÉDENTS ET CONCEPTION GÉNÉRALE DU GROUPE PRURIGO SIMPLEX ; SON GRAPHIQUE

Nous devons maintenant examiner si on peut laisser aux faits que nous venons d'étudier le nom de lichen simplex aigu que leur a donné E. Vidal, ou bien s'il faut leur attribuer une autre dénomination.

Malgré tout notre désir de conserver pieusement intact l'héritage scientifique que nous a légué notre cher et vénéré maître, nous n'hésitons pas à déclarer que nous croyons utile de rayer désormais le nom de lichen simplex aigu de la nomenclature dermatologique, et cela pour les raisons suivantes :

1° Malgré nos multiples revendications, malgré tous nos efforts pour faire triompher les vieilles idées françaises, bien que nous ayons pour nous le bon droit grâce à une incontestable priorité, nous devons reconnaître que la grande majorité des dermatologistes se refuse à modifier la nomenclature adoptée par l'école de Vienne, et veut réserver le mot de lichen au lichen ruber et à ses diverses variétés. Nous nous inclinons devant ce parti pris, et, pour ne pas apporter le trouble dans les esprits, nous aimons mieux choisir d'autres noms pour les lichens des anciens auteurs français. Nous avons déjà proposé pour le lichen simplex chronique le nom de névrodermite circonscrite chronique ou de lichénification primitive circonscrite chronique ; nous allons maintenant proposer pour le lichen simplex aigu le nom de *prurigo simplex acutus*.

2° Il nous faut bien d'ailleurs reconnaître que, malgré ce qu'avait cru pendant un certain temps notre maître, il n'y a pas de lien bien net à établir entre son lichen simplex aigu et son lichen simplex chronique. Certes, il est à la rigueur possible que les deux affections coexistent chez le même sujet, et il semble qu'il en ait été ainsi dans notre observation IV, mais tout nous porte à croire qu'il ne s'agit dans ces cas que de simples coïncidences et non d'une relation directe de cause à effet. En réalité, la transformation du lichen simplex aigu en lichen simplex chronique, à laquelle avait cru E. Vidal, nous paraît devoir être des plus rares, sinon même fort improbable, étant donnés les caractères principaux de l'éruption du lichen simplex aigu qui sont l'isolement des papules suivant le type sparsus, et l'absence constante de plaques de lichénification vraie et d'eczématisation.

Il en résulte que les formes chroniques qui correspondent réellement au type lichen simplex aigu de E. Vidal ne sont pas du tout son lichen simplex chronique; par suite, au point de vue de la nomenclature, on doit bien reconnaître que son groupe lichen simplex prête à la critique.

3° Ce n'est pas avec le lichen simplex chronique de E. Vidal que son lichen simplex aigu a de réelles affinités, mais bien avec le prurigo de Hébra, comme nous l'avons déjà depuis longtemps compris (voir notre communication au congrès de Vienne, en septembre 1892); comme vient de le dire fort justement Tommasoli (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, juin 1893, p. 343), et comme nous l'avons démontré plus haut.

Allant encore plus loin que le dermatologiste italien, nous pensons que l'élément typique du lichen simplex aigu de E. Vidal est le même que celui du strophulus pruriginosus des enfants, que celui du prurigo de Hébra au début, et nous croyons que cette similitude de la lésion élémentaire initiale établit un lien des plus étroits entre ces diverses formes morbides, bien qu'elles diffèrent les unes des autres par l'adjonction d'autres symptômes des plus importants qui concourent à leur donner leur physionomie propre et à les différencier entre elles.

Nous croyons de plus que l'on retrouve chez les enfants en bas âge, avec une fréquence toute particulière, les éruptions identiques au lichen simplex aigu de l'adulte décrit par E. Vidal. Ils en ont de papuleuses et papulo-vésiculeuses aiguës avec peau urticarienne, analogues comme évolution au type lichen simplex aigu; ils en ont de plus rebelles, de plus longues, récidivantes, sans lichénification ni eczématisation, analogues aux formes subaiguës et chroniques récidivantes que nous venons d'étudier; ils en ont enfin dans lesquelles le strophulus pruriginosus rebelle et récidivant finit par aboutir à l'eczématisation et à la lichénification : c'est alors le prurigo de Hébra.

Ces notions nous paraissent élucider singulièrement la question si

complexe des éruptions infantiles à type papuleux et papulo-vésiculeux disséminé, compliquées ou non d'urticaire, autrefois dénommées strophulus, et que tout récemment on a voulu faire rentrer sans distinction aucune dans le caput mortuum des urticaires.

Le moment nous paraît venu d'assigner à ces formes morbides, qu'elles surviennent chez l'enfant ou chez l'adulte, un nom spécial, clair et précis, qui ne prête plus à aucune ambiguité. Nous adopterons donc pour le lichen simplex aigu de l'adulte et pour les éruptions analogues de l'enfance le nom de *prurigo* proposé par Tommasoli (*loc. cit.*), mais en le modifiant quelque peu. Le savant dermatologiste italien donne au lichen simplex aigu de E. Vidal le nom de prurigo temporaire autotoxique. Ce nom me paraît un peu discutable, et voici pourquoi :

Dans le langage dermatologique qui est pour ainsi dire universellement adopté à l'heure actuelle, le mot de prurigo a une signification des plus précises : il désigne la dermatose spéciale à laquelle nous donnons, en France, le nom de prurigo de Hébra. Dénommer une affection prurigo temporaire autotoxique, c'est dès lors indiquer que cette affection a tous les traits caractéristiques du prurigo de Hébra, sauf la chronicité. Or nous avons vu qu'il n'en est pas ainsi : le lichen simplex aigu de E. Vidal ne présente en effet jamais ni d'eczématisation ni de lichénification accentuée.

Nous pensons néanmoins qu'il faut lui donner le nom de prurigo pour bien indiquer l'aspect et la nature de l'élément éruptif caractéristique. Mais nous pensons qu'il faut ajouter à ce radical l'épithète de simplex : on précise ainsi l'affection, et l'on indique, autant que faire se peut, son grand caractère distinctif d'avec le prurigo de Hébra ; on la distingue également ainsi du prurigo ferox dans lequel l'élément papuleux est beaucoup plus volumineux et les phénomènes douloureux beaucoup plus intenses.

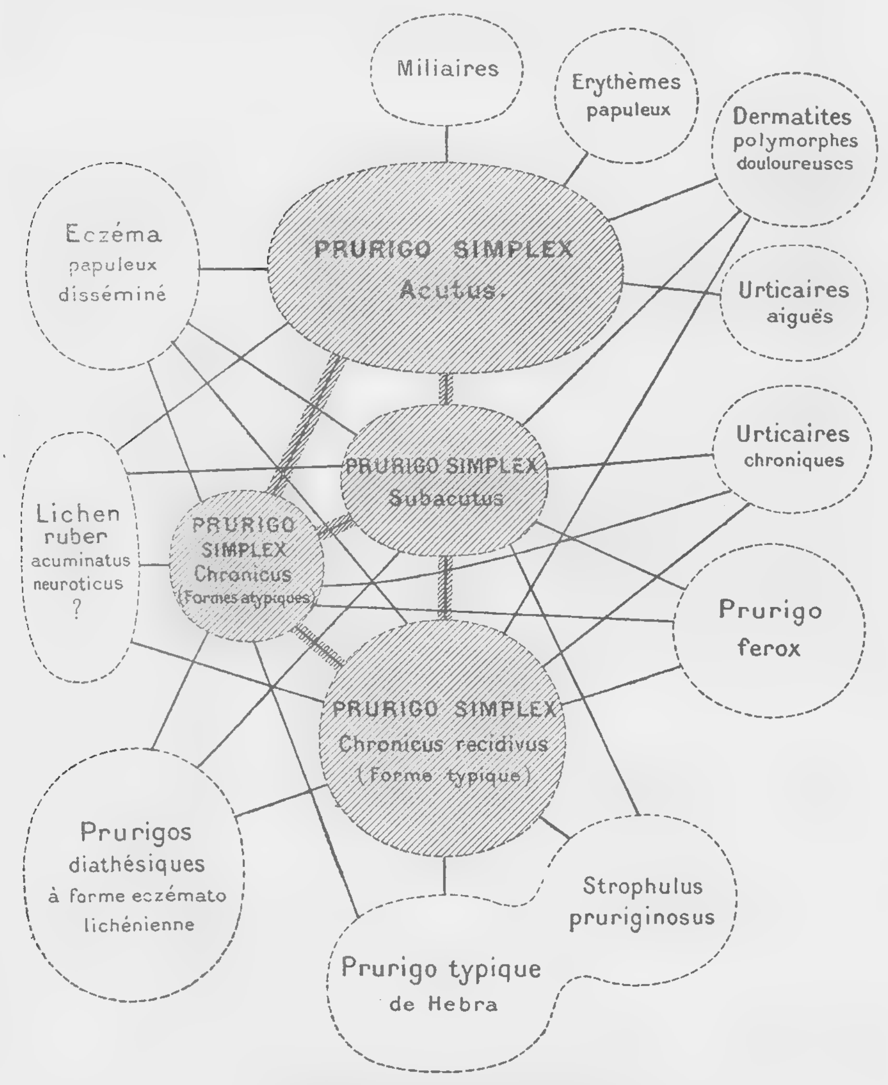
Nous adoptons donc définitivement pour le lichen simplex aigu de E. Vidal le nom de *prurigo simplex acutus* : c'est là le type même de la série morbide (voir le graphique).

Entre ce type et le prurigo de Hébra d'une part, le prurigo ferox d'autre part, se trouvent les types intermédiaires que nous avons étudiés : ils diffèrent tous du prurigo de Hébra par l'absence de lichénification accentuée et d'eczématisation, et en cela ils sont vraiment dignes du nom de prurigo simplex ; ce sont : le *prurigo simplex subacutus*, le *prurigo simplex chronique ou prurigo simplex chronicus recidivus ou à poussées successives;* toute une série enfin rappelant dans ses grandes lignes la longue série de nos dermatites polymorphes douloureuses.

Ces variétés sont figurées sur notre graphique par des médaillons ombrés reliés entre eux et au médaillon prurigo simplex acutus par

des traits ombrés indiquant qu'il existe entre eux des faits de passage. Tout à côté se trouve un autre médaillon ombré, de peu d'importance, d'ailleurs, correspondant aux formes atypiques.

Les relations du groupe sont indiquées sur le graphique par des traits reliant les divers médaillons constitutifs de la série morbide



Graphique du « prurigo » simplex.

aux types qui ont d'étroites affinités avec les prurigos simplex, les miliaires, les érythèmes papuleux, les dermatites polymorphes douloureuses aiguës, l'eczéma papuleux disséminé, le lichen ruber acuminatus neuroticus (?), le prurigo typique de Hébra, le prurigo ferox, les prurigos diathésiques à forme eczémato-lichénienne. Ces traits indiquent qu'il existe entre eux des faits de passage. Nous n'insistons

pas, car il suffit d'étudier le graphique pour comprendre toute notre pensée à cet égard.

La protestation formulée en 1886 par notre vénéré maître, E. Vidal, a donc attiré de nouveau l'attention des dermatologistes sur des faits importants et nombreux sur lesquels on se contentait d'avoir des notions peu précises : nous croyons qu'elle a été en cela tout particulièrement utile.

Malheureusement il faut bien se résoudre à abandonner d'une manière définitive la nomenclature qu'il a proposée. Elle constitue, en effet, une cause permanente de confusions, et ne pourrait être adoptée qu'avec beaucoup de difficultés.

Nous proposons de la modifier ainsi qu'il suit :

Son *lichen simplex aigu* devient notre *prurigo simplex acutus* : à ce type se rattache toute la série du prurigo simplex que nous venons d'étudier dans ses formes subaiguës, chroniques, typiques et atypiques.

Son *lichen simplex chronique* devient notre *névrodermite circonscrite chronique* (Brocq et Jacquet) ; à ce type se rattachent nos névrodermites diffuses.

Son *lichen polymorphe mitis* comprend surtout des dermatoses professionnelles lichénifiées développées chez des sujets prédisposés.

Son *lichen polymorphe ferox* est le *prurigo de Hébra*.

NOTE SUR TROIS POINTS
DE L'HISTOIRE MICROGRAPHIQUE DES TRICHOPHYTONS

Par **R. Sabouraud.**

Travail du laboratoire de bactériologie de M. le Dr E. Besnier.

En étudiant la bibliographie du trichophyton pour un ouvrage d'ensemble sur le sujet, je me suis aperçu que la différenciation des espèces trichophytiques par le microscope, différenciation dont j'ai entretenu la Société de dermatologie à diverses reprises, avait été énoncée il y a déjà un demi-siècle.

C'est en 1842, 1843 et 1844 que les trois types trichophytiques (1) ont été décrits pour la première fois, et avec une extrême précision, dans trois mémoires de M. Grüby.

Cependant ces travaux, à peine mentionnés par les auteurs, sont encore aujourd'hui considérés par tous comme des ébauches fort imparfaites et leurs descriptions comme en grande partie erronées.

Je dois, avant tout autre, rendre justice à ce premier observateur qui a droit à sa découverte, et considérer comme heureuse la confirmation apportée à mes travaux par des travaux antérieurs dont je n'avais pas connaissance : c'est comme une vérification de mes propres recherches que l'on aurait faite après elles.

I. — Trichophyton mégalosporon ectothrix (d'origine animale).

Le premier mémoire de Grüby qui a trait aux trichophytons a pour titre :

« *Sur une espèce de mentagre contagieuse résultant du déve-*
« *loppement d'un nouveau cryptogame dans la racine des poils*
« *de la barbe chez l'homme* » (2).

(1) I. — Trichophyton à grosse spore d'origine animale, situé entre le poil et sa gaine folliculaire. Je l'appellerai désormais *trichophyton megaslosporon* ECTOTHRIX. (Voir Sabouraud. Sur l'origine animale des trichophophyties de la barbe. *Annales de dermatologie*, juillet 1893.)

II. — Trichophyton à grosse spore d'origine humaine, situé dans le tissu même du cheveu. Je l'appellerai désormais *Trichophyton megalosporon* ENDOTHRIX. (Voir. Sabouraud. Contribution à l'étude de la trichophytie humaine. *Annales de dermatologie*, novembre 1892.)

III. — Trichophyton à petites spores. Je l'appellerai désormais *Trichophyton* MICROSPORON AUDOUINI. (*Même indic. bibliog.*)

(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences.* Paris, 1842, t. XV, p. 512. Je me permets dans les textes de ces mémoires de souligner les détails les plus importants.

C'est la description de notre trichophyton mégalosporon d'origine animale (ectothrix). J'en détache le passage le plus saillant :

« J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie mes recherches sur une troisième espèce de cryptogames (1) qui s'établit *dans la gaine du poil* de la barbe chez l'homme et qui vient y constituer une maladie qui n'a pas été jusqu'ici suffisamment caractérisée.

...... « L'examen microscopique du poil démontre que toute sa « *partie dermatique* est entourée de cryptogames *formant une* « *couche végétale entre la gaine du poil et le poil lui-même*, de « telle sorte que *le poil est enfoncé dans une gaine exclusivement* « *formée de cryptogames, comme un doigt dans un gant.*

« ...... Ils prennent naissance dans la matrice du poil et dans les « cellules dont sa gaine est composée, et ils *remontent* pour *enve-* « *lopper la partie du poil engagée dans la peau* » (2).

II. — Trichophyton microsporon.

Le deuxième mémoire est intitulé :

« *Recherches sur la nature, le siège et le développement du* « *porrigo decalvans ou phyto-alopécie* » (3).

Et il commence par ces mots :

« Le porrigo decalvans se caractérise, comme on sait, par des « plaques arrondies, *couvertes d'une poussière blanche et de petites* « *écailles grisâtres*, et par la chute des cheveux.

« ...... En soumettant au microscope les cheveux d'individus « atteints de cette maladie, on y remarque une grande quantité de « cryptogames qui les entourent de tous côtés et leur forment une « véritable gaine végétale qui les accompagne depuis leur sortie de « la peau, jusqu'à une distance de 1 à 3 millim.

« En examinant au microscope *la gaine* dont je parle, on voit sa « véritable composition végétale. Les cryptogames en sont admira- « blement rangés et *feutrés* pour constituer un *tuyau* ou *gaine végé-* « *tale solide autour de chaque cheveu*... Les sporules garnissent la « surface externe de la gaine et *se pressent les unes contre les autres* « au même niveau (4)... Les sporules sont ordinairement rondes, il « y en a aussi quelques-unes d'ovales, leur *diamètre est de* 1/1000 à « 5/1000 *de millimètre*... Elles sont transparentes, ne contiennent « pas de molécule dans leur intérieur, et dans l'eau elles se gonflent.

« J'appellerai ces cryptogames, à cause de la petitesse de ces spo-

(1) Les deux premiers mémoires de l'auteur avaient trait, l'un au *muguet*, l'autre au *favus*.

(2) Voir notre planche IV, IIIe série, tome IV des *Annales de dermatologie*.

(3) *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.* Paris, 1843, t. XVII, p. 301 et suiv.

(4) Voir fig. I, pl. II, IIIe série, tome III des *Annales de dermatologie*.

« rules : *microsporum* et, pour attacher à cette partie nouvelle de la « pathologie le nom de ce célèbre académicien qui, par ses belles « recherches sur la muscardine, a beaucoup contribué à diriger les « esprits sur les plantes parasites qui détruisent les tissus vivants « des animaux, je propose le nom de *microsporum Audouini*, pour « dénoter les individus végétaux qui constituent le porrigo decalvans.

« Le tissu du poil est altéré par la quantité de *microsporum* « *Audouini* qui se fixe à sa surface... (il) devient friable, cassant ; « un tel cheveu *casse* même par simple flexion...

« ...Outre ces cryptogames, on n'y rencontre (sur le cuir chevelu) « aucun produit pathologique : ni inflammation, ni vésicules, ni pus- « tules, ni hypertrophie de l'épiderme. Cette maladie de la peau doit « donc être placée dans la nouvelle classe des maladies parasitiques « végétales, c'est-à-dire à côté de la teigne faveuse, de la phyto- « mentagre (1) et du muguet.

« Les microspores d'Audouin, qui constituent la phyto-alopécie « (c'est le nom par lequel je propose de distinguer cette affection), ont « beaucoup d'analogie avec les cryptogames qui constituent la mala- « die que j'ai décrite sous le nom de phyto-mentagre, mais ils s'en « distinguent surtout par le siège.

« Les cryptogames, dans la mentagre, sont placés *dans les folli-* « *cules des poils*, et même autour de leurs racines ; les microspores « d'Audouin sont placés *autour de la partie aérienne des cheveux*. « Les sporules dans le microspore d'Audouin sont plus *petites*...

« .....La nature végétale du *porrigo decalvans* est un fait qui « porte à regarder cette affection comme contagieuse ; et, à ce titre, « elle exige les mêmes précautions de l'isolement que la teigne « faveuse et la mentagrophyte. Aussi les praticiens doivent-ils faire « des efforts pour détruire ce parasite végétal, qui a résisté jusqu'au- « jourd'hui à tous les traitements empiriques » (2).

Tel est le second mémoire de Grüby, — CONCERNANT LES TRICHOPHYTONS, — mémoire dont tous les dermatologistes ont dit qu'il traitait de l'origine de LA PELADE, et qu'il décrivait faussement dans cette maladie un parasite cryptogamique introuvable depuis lors.

Ce point historique, d'un extrême intérêt, demande quelques commentaires.

Le mot de *porrigo decalvans*, cause de l'étrange erreur que nous

(1) Trichophytie pilaire de la barbe. (Trichophyton megalosporon ectothrix.)

(2) Nous avons passé sous silence plusieurs points de la description microscopique du trichophyton microsporon Audouini, car nous devrons les discuter plus en détai une autre fois. Nous exposerons également, dans ce prochain travail, les erreurs de notre première description du parasite, erreurs qui ont été relevées par ce texte, et corrigées après sa lecture, comparée à l'examen de nos propres préparations.

relevons, fut créé par Bateman en 1813 (*A pratical synopsis of cutaneous diseases*), et cet auteur s'en servit pour désigner la maladie que nous nommons aujourd'hui la *pelade*.

Ceci reste hors de doute après la seule définition qu'il en donne et que voici :

« Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou « moins circulaires, qui rendent chauve la partie sur laquelle elles « ont leur siège, et sur laquelle on ne remarque aucun cheveu, tandis « qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux que « dans l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, dans l'étendue « des taches : unie, brillante et d'une blancheur remarquable. »

Après ces lignes, nul doute n'est possible. Pour Bateman, le *porrigo decalvans*, c'est ce qui, *pour nous*, *actuellement*, est la *pelade*.

Mais ce serait avoir une idée bien fausse du temps qu'il faut à une idée juste pour prévaloir que d'imaginer, parce que cette définition clinique est d'une précision magistrale, qu'il lui a suffi d'être énoncée une fois pour être établie.

Bateman avait compris la pelade comme nous la comprenons aujourd'hui, comme une maladie autonome ; mais les dermatologistes d'alors n'eurent point une opinion aussi nettement formulée.

C'est trente ans après Bateman, et *un an après le mémoire de Grüby*, que Cazenave sépara nettement la *trichophytie* de la *pelade* (1), et faut-il rappeler que Cazenave, frappé de l'achromie des poils et des follets peladiques, identifiait la pelade et le vitiligo du cuir chevelu ?

D'autres erreurs avaient cours, et plusieurs faisaient de la pelade le terme ultime de la trichophytie. Ce fut là probablement l'erreur de Grüby. Son texte du moins appuie cette idée, car il parle non seulement de la fracture du cheveu au-dessus de son follicule, mais de la *chute du cheveu*. Et quand il décrit l'altération pilaire, il dit : « Les cheveux tombent peu à peu, jusqu'à ce qu'il n'en reste aucune « trace... ». Et il ajoute : « L'endroit où les cheveux *sont tombés* est « d'un blanc grisâtre », sans établir de différence entre la plaque *chauve*, *unie*, *brillante* de Bateman et le pityriasis alba qui donne au cuir chevelu de la trichophytie à petites spores une couleur terne et, comme il le dit, « grisâtre » ; sans marquer non plus la différence radicale qu'il y a entre la plaque peladique, *absolument* chauve, bordée de cheveux *absolument* sains, et la plaque de trichophytie sans alopécie absolue et bordée de cheveux malades.

A la période actuelle, l'autonomie de la pelade fut de moins en moins discutée ; aussi les esprits songèrent-ils de moins en moins à l'obscurité où cette question était longtemps demeurée.

(1) Porrigo decalvans et herpes tonsurans. In *Ann. des mal. de la peau*. Paris, 1843-44, p. 37-44.

On crut facilement que la définition de Bateman avait suffi à tout éclairer, que depuis Bateman personne n'avait pu confondre la pelade et la trichophytie et que Grüby avait trouvé, *dans la pelade décrite par Bateman*, un microphyte qui n'existait pas. Nombre d'auteurs, ainsi, ont méconnu le remarquable cachet d'authenticité que la description de Grüby présente. Ils ont négligé pareillement les différences majeures qui séparent sa description symptomatique, très insuffisante d'ailleurs, de la magistrale description de Bateman. Ils ne se sont attachés qu'à la dénomination commune qu'ils avaient donnée l'un et l'autre à deux affections dissemblables.

Le résultat de cette confusion a été que des centaines d'observateurs ont cherché, dans la pelade, un parasite que Grüby n'y avait ni trouvé, ni décrit, et ont établi la légende du *microsporum Audouini* dans la pelade. Il faut ajouter à leur décharge que Grüby n'ayant plus aucunement écrit dans la suite, son silence ne pouvait qu'accréditer cette erreur. — Ainsi ai-je pu étudier deux ans la trichophytie, sans songer à lire, et en écartant même systématiquement de mes lectures le second mémoire de Grüby : *puisqu'il avait trait à l'étiologie de la pelade*, d'une maladie, qu'à l'époque où j'ai observé, je n'avais plus aucune raison d'étudier concurremment au trichophyton.

III. — Trichophyton megalosporon endothrix.

J'arrive enfin au troisième mémoire de Grüby (1), celui qui décrit en perfection le parasite que j'ai appelé le *trichophyton megalosporon endothrix* (d'origine humaine).

« Je veux parler de la teigne tondante de M. Mahon, ou herpes « tonsurans de M. Cazenave, affection caractérisée par la chute par« tielle des cheveux et la formation, sur les lieux dégarnis, de pla« ques arrondies, couvertes de petites écailles blanchâtres, et de « petites aspérités analogues à ce qu'on appelle vulgairement la chair « de poule.

« En examinant avec attention sous le microscope les fragments « de cheveux provenant de la teigne tondante, on reconnaît que tout « leur tissu est rempli de cryptogames et que les cheveux sont encore « couverts de leurs écailles épidermiques lorsque leur intérieur est « déjà plein de sporules.

« Ces cryptogames prennent naissance dans l'intérieur de la racine « du cheveu, sous la forme d'un groupe de sporules rondes ; de ces « sporules naissent, peu à peu, des *filaments articulés en chapelet*, « qui, en se développant, *rampent dans l'intérieur des cheveux*,

(1) Gruby. Recherches sur les cryptogames qui constituent la maladie contagieuse du cuir chevelu, décrite sous le nom de teigne tondante (Mahon), herpes tonsurans Cazenave). *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, Paris, 1844, t. XVIII, p. 583 et suiv.

« *parallèlement à leur axe longitudinal, en montant en ligne* « *droite.* A mesure que le cheveu pousse, les cryptogames qu'il renferme « dans l'intérieur de son tissu (1) poussent également, et jusqu'à ce « qu'il sorte de son follicule. La quantité de sporules est tellement « augmentée qu'*elle remplit complètement l'intérieur du cheveu,* « dont le tissu normal n'est presque plus reconnaissable.

« ...Ordinairement, les cheveux se cassent à deux ou trois millimè- « tres au-dessus de la peau.

« *Les crypogames qui constituent la teigne tondante diffèrent* « *tellement de ceux qui constituent la phyto-alopécie (Tricho-* « *phytie à petites spores) qu'il est impossible de confondre ces* « *deux maladies. Leur siège même, leur développement et le* « *rapport qu'ils offrent avec le tissu des cheveux diffèrent éga-* « *lement...*

« D'abord les cryptogames de la teigne tondante ne sont formés « que de sporules en chapelet... Ces sporules sont grandes, leur « diamètre varie de 2 sur 4 à 4 sur 8 millièmes de millimètre.

« Les sporules des cryptogames de la phyto-alopécie, au contraire, « *sont extrêmement petites,* leur diamètre n'est que de 1 à 5 milliè- « mes de millimètre et c'est aussi pourquoi je les ai appelés micro- « sporon.

» Dans la teigne tondante, les sporules remplissent l'intérieur des « cheveux.

« Les sporules de microsporon Audouini, au contraire, sont placées « à la surface externe des cheveux et forment une véritable gaine « autour d'eux...

« Les cryptogames de la teigne tondante prennent naissance et se « développent dans la racine des cheveux; le *microsporon Audouini* « au contraire, se développe à la surface externe des cheveux en « dehors des follicules.

« Ces caractères sont tellement constants dans la teigne tondante, « qu'il n'y a pas un seul cheveu malade dans cette affection qui ne « les présente.

« La teigne tondante résulte uniquement du développement des « cryptogames que nous avons déjà décrits et elle mérite, par consé- « quent, d'être classée parmi les maladies dues à des parasites végé- « taux, à côté de la phyto-alopécie (2), de la mentagrophyte (3), de la « porrigophyte (4) et de l'aphtophyte » (5).

(1) Voir fig. 2, pl II, IIIe série, tome III des *Annales de dermatologie.*

(2) Trichophytie à petites spores (tricophyton microsporon).

(3) Tricophytie pilaire de la barbe (trichophyton megalosporon ectothrix).

(4) Favus (achorion Schonleinii).

(5) Muguet.

On peut se demander s'il est utile de rien ajouter à ces simples citations ; car, à leur lecture, certains commentaires s'imposent sans qu'il soit besoin de les énoncer.

Je conclurai donc seulement que le fait de la séparation des trois types trichophytiques doit être reporté à son premier auteur.

Et aussi, que deux travaux successifs sur les mêmes sujets, en l'absence de toute influence de l'un sur l'autre, étant arrivés aux mêmes résultats, ces résultats ont une double garantie contre l'erreur.

Mais il est permis d'ajouter que le simple examen des faits et des dates, sur ce point tout spécial de la dermatologie, pourrait constituer un chapitre de l'histoire médicale, non le moins important et le moins philosophique.

On y verrait qu'une erreur de mots peut retarder de cinquante ans une découverte, et on y constaterait la lenteur de l'évolution des idées qui semble nécessaire à tout progrès scientifique.....

Ayant sous les yeux un précédent de cette valeur, il serait puéril de croire que tout débat sur le sujet est clos désormais. Il est possible que l'on discute encore longtemps et, comme par le passé, plutôt sur des textes que sur des préparations microscopiques ; que l'on continue de s'appuyer sur des présomptions et des hypothèses sans tenir compte des preuves expérimentales. Peut-être même certains allègueront-ils, en fait de preuves, l'examen microscopique pour qu'il démente des faits qu'il a pu, à lui tout seul, établir, il y a un demi-siècle.

Mais il doit suffire que, dans un avenir plus ou moins proche, la pluralité trichophytique demeure un fait établi, fût-ce au même prix que l'*origine cryptogamique des teignes*, après un débat de 33 ans, qui fut clos, on le sait, par la mort « impénitente » d'Erasmus Wilson et de Cazenave.

ULCÉRATIONS BUCCALES TABÉTIQUES

Par M. **Louis Wickham.**

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer dans le service de notre cher maître, M. le professeur Fournier, deux malades tabétiques présentant des accidents buccaux tels que : *chute des dents*, *nécroses du maxillaire supérieur*, *ulcérations buccales*.

La chute des dents est un accident du tabes bien décrit depuis longtemps. Il n'en est pas de même des ulcérations buccales, qui ne sont pas mentionnées dans les traités classiques.

Voici le passage que M. Marie consacre à la chute des dents dans ses *Leçons sur les maladies de la moelle*.

« La chute des dents, dit-il, a depuis de longues années frappé les observateurs. Dès 1868 et 1869, Labbé et Dolbeau en signalaient des cas. Je dois également mentionner, parmi les mémoires les plus importants sur ce sujet, ceux de MM. Vallin, Demange, Galippe, David... En général, voici comment les choses se passent. Sans que rien ait fait prévoir au malade quelque chose d'anormal du côté de ses dents, celles-ci se mettent à branler ; elles tombent sans douleurs et comme si on les cueillait ; c'est à peine si, après cette chute, la salive est teintée d'un léger filet sanguinolent et si le malade s'aperçoit de l'accident.

Quelquefois aussi, en même temps que la dent, tombe le fragment correspondant du rebord alvéolaire de telle sorte qu'on a pu introduire par cette perte de substance le doigt ou des instruments dans le tissu maxillaire. En outre, chez tous ces malades, à la suite de la chute des dents on voit au bout de quelque temps survenir une atrophie considérable du rebord alvéolaire. »

« On conçoit, d'après cette description, que la chute des dents et du rebord alvéolaire soit accompagnée d'ulcération locale ; mais les larges ulcérations, étendues à la voûte palatine et persistantes, dont nous allons parler, ne sont pas mentionnées. Celles-ci comportent un intérêt tout particulier pour le dermatologiste appelé constamment à diagnostiquer des lésions ulcératives de la bouche. Or il importe d'autant plus de signaler ces faits que le diagnostic en est relativement aisé, en raison de la netteté des caractères et que, une fois la lésion connue, il semble difficile d'être induit en erreur.

Voici l'histoire des deux malades.

Le premier a été présenté par M. Hudelo à la Société française de dermatologie. Nous renvoyons, pour les détails, à l'intéressante com-

munication de l'auteur. (In *Annales de dermatologie*, mai 1893.)
Résumé de l'observation :

M. X..., âgé de 46 ans (a eu la syphilis à l'âge de 13 ans), entre salle Saint-Louis, il y a trois semaines, pour des lésions buccales dont le début remonte environ au mois de juin 1892; à ce moment, douleurs dentaires légères, puis successivement ébranlement, déchaussement des dents, chute sans douleurs de 14 dents en quelques semaines aux deux mâchoires.

En septembre 1892, développement sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, à gauche, d'une tuméfaction rapidement fluctuante. Puis, ouverture de l'abcès et constatation d'une nécrose sous-jacente de l'os. Ablation des séquestres et guérison au bout d'un mois. A cette époque, on constata la présence, à droite du maxillaire supérieur, d'un ulcère dont le malade ne soupçonnait pas l'existence.

Actuellement. — Chute de toutes les dents à l'exception des deux dernières molaires inférieures droites et des trois dernières molaires inférieures gauches. Si l'on suit avec le doigt le bord alvéolaire du maxillaire inférieur recouvert par la muqueuse gengivale, on sent ce bord irrégulier, déchiqueté, sans traces bien nettes des cavités alvéolaires. Au niveau du bord alvéolaire, à droite, on constate une ulcération persistante, longue de 5 centim., large de 8 à 10 millim. Le fond est bourgeonnant, fongueux, d'un gris jaunâtre, donnant issue continuellement à une certaine quantité de matière hémato-puriforme un peu fétide.

Il y a en ce point, non seulement ulcération de la muqueuse, mais du maxillaire, ayant déterminé, après la chute des dents, la nécrose, l'exfoliation du bord alvéolaire.

Sur le maxillaire supérieur droit, l'ulcération intéresse en surface le bord alvéolaire sur une longueur de 5 centim., d'arrière en avant; mais transversalement elle déborde en dedans du bord alvéolaire sur la surface palatine de l'os, sur une étendue de 2 à 3 centim. L'os sous-jacent n'est point entamé; le fond de l'ulcère est bourgeonnant, fongueux, grisâtre, avec sécrétion purulente fétide ; indolence absolue ; anesthésie complète à la piqûre; on peut, comme dans le cas de maux perforants, pénétrer jusqu'à l'os sans que le malade éprouve aucune sensation douloureuse.

Le tabes est très net : début il y a cinq ans, par affaiblissement marqué de la vue ; puis douleurs fulgurantes dans les jambes, douleurs constrictives en ceinture ; incertitude de la marche ; abolition des réflexes rotuliens ; signe d'Argyll Robertson; anesthésie généralisée en placards, prédominante à la face ; signe de Romberg ; signe du « giving way of the legs » ; incontinence d'urine passagère ; impuissance génitale.

Ce tabes est surtout un tabes supérieur, car il s'accompagne de troubles cérébraux marqués : perte de la mémoire, céphalée, modifications du caractère, hésitation de la parole, vertiges.

Voici maintenant la seconde observation : on remarquera l'étroite ressemblance qui existe entre elle et la précédente.

M. X..., 53 ans, mécanicien, entré salle Saint-Louis en décembre 1893.
Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie légère à 22 ans. Pas de syphilis.

État tabétique. — Dès l'âge de 24 ou 25 ans, douleurs à caractères fulgurants dans les membres inférieurs. Depuis un an : mictions involontaires ; perte des désirs sexuels et des érections. Pas de diplopie. Myosis accentué. Pas de crises gastriques, rien dans les bras. Abolition des réflexes rotuliens. Pas d'atrophie de la langue. Parole très lente, traînante. Aspect inintelligent. Compréhension pénible. Réponses lentes et embrouillées rendant l'enquête difficile. Les troubles de la parole sont peut-être consécutifs à la perte des dents et d'une partie du maxillaire.

État dentaire. — Il ne reste plus de dents à la mâchoire supérieure. Au maxillaire inférieur, il ne reste : à droite, que les deux incisives, la canine et quatre molaires ; à gauche, que les deux incisives et la quatrième molaire, sous forme de chicot. Toutes ces dents sont très abîmées ; leur extrémité est usée, formant plateaux.

Les troisième et quatrième molaires droites sont cariées, irrégulières ; au niveau de la troisième molaire, un bord aigu tranchant a déterminé la production d'un petit ulcère de la muqueuse gingivo-labiale.

Déformation des maxillaires. — Partout où les dents manquent, le doigt promené sur les maxillaires rend compte d'irrégularités osseuses ; la muqueuse y est le siège de cicatrices difformes. Le malade ne peut dire s'il y a eu perte d'os ; en tout cas, il semble que le rebord alvéolaire des maxillaires ait été détruit, car au niveau des alvéoles dentaires, les maxillaires sont fortement déprimés. Ces dépressions donnent aux maxillaires, particulièrement à la voûte palatine, un aspect d'irrégularité tout à fait particulier. Les centres apparaissent bombés, par rapport aux régions alvéolo-dentaires qui sont creuses et déprimées.

Ulcération. — Outre la petite ulcération que nous avons mentionnée rapidement, car elle semble être le simple fait du traumatisme dentaire, existe une large ulcération sur les caractères de laquelle nous appellerons l'attention.

Cette ulcération tapisse la dépression droite du maxillaire supérieur. Elle est donc renfoncée et profonde. Il faut pour bien la découvrir relever fortement la tête du malade.

Elle s'étend d'avant en arrière, du niveau de la première incisive droite au niveau de la quatrième molaire droite. La bande ulcéreuse qu'elle forme est assez étroite à son extrémité antérieure. Dans sa portion moyenne, elle offre environ 3 centim. de largeur, ses limites latérales sont : à droite, le rebord alvéolaire ; à gauche, en dedans vers la voûte palatine, elle s'étend à 2 ou 3 centim.

Ses bords paraissent assez nets ; non point que la muqueuse forme elle-même une forte saillie sur l'ulcération, au contraire, la muqueuse périphérique continue en quelque sorte le niveau de l'ulcération, elle n'est point rouge ni enflammée ; d'ailleurs toute la lésion a un caractère éminemment pâle et torpide. Cette apparence des bords est constituée par des saillies osseuses ; l'os périphérique normal proéminait tout autour de l'ulcération au niveau de laquelle le maxillaire a été nécrosé et détruit en partie.

Le fond de l'ulcération est grisâtre, sanieux, atone. La sensibilité à la piqûre est abolie au niveau de l'ulcération.

D'ailleurs il existe en même temps une anesthésie incomplète sur les autres points de la voûte palatine et des gencives.

L'exploration au stylet montre que la surface ulcérée est perforée vers son tiers postérieur. Par un étroit orifice, le stylet recourbé pénètre aisément dans l'arrière-fosse nasale. Au moyen d'une incurvation à angle droit de l'extrémité du stylet, on parvient à explorer la face postérieure de la membrane ulcérée, la pointe du stylet s'arrête sur des surfaces osseuses irrégulières et dénudées qui témoignent des nécroses osseuses préexistantes.

Rapports et évolution des ulcérations buccales. — L'ulcération paraît nettement liée aux lésions dentaires ; ces rapports sont indiqués par le siège même de l'ulcération et par son évolution consécutive à la chute des dents.

Le malade donne, au sujet des dates mêmes du début, des renseignements assez incertains. La chute des dents aurait commencé il y a deux ans et pour se terminer en novembre 1892. Il est difficile d'être renseigné au sujet de la nécrose des maxillaires.

La dernière dent tombée aurait été l'incisive médiane droite : c'est alors, en novembre 1892, et à ce point même que l'ulcération aurait débuté, s'étendant avec lenteur d'avant en arrière et sur les côtés.

Maux perforants plantaires. — Le malade présente en outre trois maux perforants plantaires : deux au pied droit, un au pied gauche.

A droite, le gros orteil est aplati, très large, énorme, comme atteint de quelques lésions trophique, déformante et hypertrophiante. Mais il a été autrefois le siège d'un violent traumatisme suivi de deux abcès, ayant nécessité un mois d'alitement et plusieurs larges incisions. C'est depuis l'accident qu'il a pris un tel développement. A sa face plantaire existe une vaste ulcération perforante, ayant débuté il y a quatre ans. Deux autres maux perforants, mais beaucoup plus petits et moins ulcérés, siègent à la face plantaire du cinquième métatarsien, l'un au pied droit, l'autre au pied gauche.

Ce qui précède indique l'existence possible dans la bouche de lésions ulcéreuses spéciales peu connues, qu'il importe de savoir distinguer des autres ulcérations buccales.

Ces lésions ont des caractères si nets, qu'à première vue le diagnostic s'impose. C'est ainsi que chez le second malade, M. le professeur Fournier put faire d'emblée le diagnostic d'ulcération tabétique, au simple examen de la bouche.

Ces ulcérations se différencient par l'ensemble des caractères tirés du siège, de l'aspect atone, de l'évolution chronique, lente, torpide, de la sensibilité, de la coexistence de déformations osseuses et de chutes dentaires, de l'existence antérieure d'abcès, de nécrose, d'issue de séquestres, etc.

Siège alvéolo-dentaire. — L'ulcération siège en totalité ou en partie au niveau des alvéoles dentaires. Elle y touche par quelques points, puis s'étend plus ou moins loin, vers les muqueuses voisines. Son

point de départ même siège au niveau d'une dent, à la chute de laquelle elle semble consécutive.

Aspect atone. — L'ulcération a un aspect grisâtre, triste, tout à fait particulier; elle est atone. Les bords ne sont point décollés et bourgeonnants. Toute la muqueuse saine environnante est d'ailleurs pâle, non congestive. Le fond de l'ulcération saigne facilement et sécrète un liquide fétide.

Indolence. Anesthésie. — L'ulcération est tout à fait indolente. Le malade n'en souffre pas, et ne se plaint pas de sa bouche; la chute des dents est ce qui l'inquiète avant tout. L'anesthésie est complète. Les aliments peuvent impunément froisser la place qui demeure insensible. La piqûre d'épingle même n'est point perçue.

Exploration au stylet. — Le plus souvent, ces ulcérations présentent à leur surface un orifice qui permet la pénétration du stylet et la constatation de perforations, de nécroses osseuses, etc.

Évolution chronique et torpide. — L'extension de l'ulcère se fait lentement en plusieurs mois; elle se fait en général sans la moindre réaction inflammatoire, avec phases de nécroses des maxillaires et d'élimination de séquestres.

La perte des dents. — Les dents manquent en partie ou en totalité. Elles sont tombées sans déterminer de souffrance, comme d'elles-mêmes. Le malade raconte les avoir en quelque sorte cueillies. Parmi celles qui restent, quelques-unes sont déchaussées.

Déformation des maxillaires. — La voûte palatine présente des saillies et des dépressions; les rebords alvéolaires sont épaissis ou atrophiés; la muqueuse qui les recouvre est plus ou moins cicatricielle. Le doigt promené à leur niveau indique une grande irrégularité du plan osseux.

Signe tiré des commémoratifs. — L'enquête permettra de comprendre les déformations buccales. Elle apprendra l'existence et l'évolution antérieures d'abcès, de nécroses des maxillaires, d'élimination de séquestres, etc. Elle apprendra que la chute des dents a précédé le début de l'ulcération, et que toutes ces lésions ont évolué en silence, sans le moindre fracas.

Les caractères que nous venons d'énumérer sont assez nets, sinon pour affirmer le tabes, car ils sont établis sur un nombre insuffisant de cas, du moins pour autoriser dans des faits semblables la recherche du tabes. Ils permettent d'éliminer des ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques.

La nécrose phosphorée a une histoire plus aiguë, l'évolution des nécroses des stomatites mercurielles intenses est bien différente. D'ailleurs on n'a pas décrit, à la suite de ces lésions, de ces larges ulcérations chroniques et persistantes.

M. Galippe a décrit des nécroses étendues avec chute des dents

comme complications de la « périostite alvéolo-dentaire infectieuse », dans d'autres états morbides que le tabes. Mais il n'est pas fait mention de l'ulcération elle-même comme celle qui nous occupe, ulcération qui, pour le dermatologiste, revêt une importance capitale.

Quelle est la nature même de ces ulcérations? Les désordres buccaux que nous avons décrits se sont rencontrés chaque fois chez des tabétiques; s'ensuit-il que la lésion soit certainement d'origine tabétique? Il y a plusieurs hypothèses à faire à ce sujet et la question n'est pas simple. L'histoire de l'ulcération nous paraît intimement liée à celle des dents et des lésions osseuses; or l'origine de ces dernières a été le sujet de nombreuses discussions. Deux doctrines sont en présence :

1° Les lésions dentaires et nécrotiques seraient l'expression de troubles trophiques dépendant directement du tabes, et nous ajouterons que les ulcérations buccales qui peuvent les accompagner seraient dues à des troubles trophiques assimilables aux maux perforants du tabes ; il s'agirait de véritables maux perforants buccaux.

2° Plusieurs auteurs, entre autres Galippe, affirment que la chute des dents et les nécroses chez les tabétiques surviennent comme complication de la « périostite alvéolo-dentaire infectieuse », que les maux perforants n'évoluent pas sans quelque influence directe microbienne. Si ces lésions, qui d'ailleurs ne se rencontrent pas que dans le tabes, sont graves et plus fréquentes chez les tabétiques, c'est que le tabes même constitue un terrain particulièrement favorable au développement des microbes de la périostite. Le tabes serait la cause aggravante d'une affection dentaire et osseuse sui generis.

Nous ne pouvons nous prononcer entre ces deux opinions; qu'il y ait participation microbienne, cela est certain, mais y a-t-il infection microbienne par un élément spécial, cause directe?

Quoi qu'il en soit, que le tabes soit cause déterminante ou simplement occasionnelle, nous pouvons établir que certaines ulcérations buccales revêtent des caractères tels qu'en leur présence on devra toujours rechercher le tabes.

Celles-ci doivent être, dans l'histoire du tabes, considérées comme étant de l'ordre des altérations dentaires et des maux perforants.

DE LA NATURE DES XANTHOMES

NOTE SUPPLÉMENTAIRE (1)

Par le Dr **Louis Torok** de Budapest.

Je viens de revoir (le 15 janvier 1894) Mme L. I..., b1 fille de A2 de la table généalogique d'une famille xanthomateuse, que j'ai publiée dans les *Annales de dermatologie*, novembre 1893, p. 1120. Dix mois sont écoulés depuis la première observation. Au cours des derniers mois, un xanthome multiple s'est développé chez notre malade, qui, pendant plus de trois ans, n'était atteinte que de xanthome localisé des paupières. C'est le premier cas de xanthome disséminé dans ladite famille.

Pendant les dix mois que je ne l'ai pas vue, la malade a subi plusieurs attaques de coliques hépatiques, son foie a continué de s'hypertrophier, le prurit a persisté et l'ictère a varié plusieurs fois son intensité. Actuellement elle prend de l'eau de Karlsbad, son ictère a diminué par conséquence, ainsi que les crises hépatiques sont devenues plus rares et moins douloureuses.

Il y a trois mois qu'elle était atteinte de coliques sévères; en même temps, au niveau des trous des boucles d'oreilles, des douleurs s'accusèrent aux doigts et aux lobes des oreilles. Ces douleurs étaient continuelles aux lobules, augmentèrent de jour en jour et n'ont cessé qu'après l'enlèvement des boucles d'oreilles. Aux doigts et plus tard aux paumes des mains, il n'y avait pas de douleurs « spontanées ». Ces régions étaient devenues fort sensibles, la moindre pression produisait des douleurs atroces, de sorte que la malade poussait des cris en touchant un bouton de porte, par exemple. En même temps, la malade vit apparaître des taches blanches sur ses mains, son oreille, et plus tard sur d'autres points de son corps. Maintenant la sensibilité a passé pour la plupart, quelquefois seulement la malade éprouve encore une douleur légère aux doigts après pression.

Voici la description des lésions tégumentaires qui se sont développées au cours des trois mois derniers. Aux paupières, pas de changement appréciable; leur état est tel que je l'ai décrit lors de la première observation. A la nuque, à la partie supérieure du dos et spécialement dans la région scapulaire, à la surface postéro-supérieure des bras et dans la région claviculaire, quelques simili-papules

(1) De la nature des xanthomes avec quelques remarques critiques sur la notion des tumeurs. *Annales*, 1893, p. 1109-1261.

miliaires disséminées. Ces petites pointes ne s'élèvent que très peu au-dessus du niveau de la peau normale et offrent l'aspect de petites gouttelettes jaune clair, ou couleur beurre frais, *sous-épidermiques*. Quelquefois un poil follet occupe leur centre. Quelques-unes se trouvent dans la région du creux poplité gauche. On voit toute une série de papules xanthomatiques à la surface postérieure de la marge des oreilles. Ici les papules sont un peu plus grandes et pressées l'une contre l'autre, mais elles ne forment pas une plaque par confluence. Au niveau du trou des boucles d'oreilles, des deux côtés, une papule de la grosseur d'une petite tête d'épingle s'est développée. Ce sont ces papules qui, sous la pression des boucles d'oreilles, ont causé des douleurs à la malade.

Sur l'épaule gauche une plaque xanthomatique de forme irrégulière, de la grandeur d'une pièce de trois francs, légèrement hérissée, molle et légèrement élevée, couleur beurre frais. Autour d'elle quelques pointes xanthomatiques miliaires.

Les altérations xanthomatiques les plus accentuées se trouvent au niveau des paumes des mains. Tous les plis de la main sont devenus jaunes ; la coloration jaune s'est montrée ab initio au fond même des plis. Aux doigts, des élevures plates, minces, linéaires se sont développées sur les deux côtés des plis articulaires ; les plis mêmes sont restés indemnes.

Dans la paume des mains et à côté des élevures xanthomatiques digitales, on voit çà et là une petite papule dont le centre est occupé quelquefois par l'orifice d'une glande sudorifère. Coloration jaune diffuse, ou piqueté jaune au niveau des espaces interdigitaux. Quelques simili-papules xanthomatiques au dos des mains. Macules xanthomatiques minuscules dans les espaces interdigitaux des pieds.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 JANVIER 1894

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE : Correspondance. Allocution de M. Ern. Besnier, président.

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante du professeur Neisser, adressée au président de la Société française de dermatologie, invitant les membres de la Société de dermatologie de Paris à prendre part au Congrès de Breslau.

Breslau, le 29 décembre 1893.

Monsieur et très honoré collègue,

En ma qualité de président du quatrième Congrès de dermatologie, j'ai l'honneur de vous adresser ci-jointe une invitation de la Société allemande de dermatologie, pour vous prier d'assister à ce Congrès. Je me permettrai à cette occasion de vous prier d'avoir l'obligeance de faire en sorte que tous les membres de votre Société puissent prendre connaissance de cette invitation.

Peut-être trouverez-vous bon dans ce but d'en donner lecture publique lors de votre prochaine réunion et de plus de la publier dans les *Annales de dermatologie*, de manière à la faire parvenir à tous nos collègues et amis.

Je n'ai pas besoin de vous dire combien nous vous serions reconnaissants si, grâce à votre aimable assistance, notre Congrès recevait la visite d'un grand nombre de nos amis étrangers.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré collègue, l'assurance de ma haute estime.

Votre bien dévoué,
Prof. A. Neisser.
Museumstr., 11.

La correspondance imprimée comprend.

F. Verchère. — *La blennorrhagie chez la femme*, deux volumes de la collection Charcot-Debove.

M. Ern. Besnier prend la parole :

Messieurs,

La Société de dermatologie qui avait eu, pendant l'année 1893, le malheur extraordinaire de perdre ses trois présidents : Hardy, Vidal, Lailler, vient d'être encore cruellement frappée dès les premiers jours de l'année 1894 par la mort de son président d'honneur survivant, M. Diday,

de Lyon, et de l'un de ses membres les plus éminents et les plus actifs, M. QUINQUAUD.

M. DIDAY, le Nestor vénéré de la syphiligraphie contemporaine, l'un des plus riches fleurons de la brillante couronne médicale de Lyon, laissant derrière lui une longue suite de travaux de premier ordre, a succombé plus qu'octogénaire, mais ayant conservé jusqu'à la dernière heure la plénitude de son intelligence et toute l'originalité de son talent si hautement personnel.

M. QUINQUAUD, en pleine maturité, et au moment où il n'avait pas encore recueilli le fruit d'un labeur immense, a succombé inopinément, après quelques jours de maladie. Pour la dermatologie, pour l'hôpital Saint-Louis, pour notre Société, c'est une catastrophe irréparable.

J'ai chargé par télégramme M. Doyon, le collaborateur et l'ami le plus cher de M. DIDAY, ainsi que M. Jullien son élève de prédilection, de représenter la Société aux obsèques de notre président d'honneur à Lyon, et d'y porter la parole au nom de la Société de dermatologie.

Demain aura lieu le service funébre pour M. QUINQUAUD ; la Société entière y assistera, et votre secrétaire général M. Hallopeau y exprimera nos regrets unanimes.

Puissent notre douleur et nos regrets apporter quelque allègement à l'inexprimable douleur de la digne compagne de sa vie !

Messieurs, en témoignage du deuil profond de la Société de dermatologie je vous propose de lever la séance. F. VERCHÈRE.

La séance est levée en signe de deuil.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1894

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER.

SOMMAIRE : Notice nécrologique sur P. Diday (de Lyon), par M. DOYON. — Notice nécrologique sur Quinquaud, par M. HALLOPEAU. — Tumeur lymphadénique de la paupière, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. GALEZOWSKI, JACQUET.) — Ulcérations buccales tabétiques, par M. WICKHAM. (Discussion : MM. BESNIER. GALEZOWSKI, FOURNIER.) — Glossite exfoliatrice marginée et syphilis héréditaire, par M. GASTOU. (Discussion : MM. ERN. BESNIER, FOURNIER, DU CASTEL.) — Dermatite herpétiforme végétante, par MM. HALLOPEAU et BRODIER. (Discussion : MM. WICKHAM, BROCQ, BARBE.) — Du prurigo simplex, par M. BROCQ. (Discussion : MM. WICKHAM, BÉCLÈRE.) — Sur trois points de l'histoire micrographique des tricophytons, par M. SABOURAUD. — Ulcère syphilitique de l'avant-bras, datant de quatre ans, par M. DELOBEL (de Noyon). (Discussion : MM. ERN. BESNIER, FOURNIER.) — Métrite blennorrhagique (gonococcienne) avec salpingo-ovarite concomitante. Phlébite du membre inférieur gauche, par M. J. ERAUD (de Lyon). — Élections.

M. VERCHÈRE donne lecture de la *Notice nécrologique sur P. Diday*, adressée par M. DOYON (de Lyon).

Le doyen des syphiligraphes français, notre maître, P. Diday, est mort le 8 janvier à la suite d'une douloureuse et courte maladie.

Malgré son âge avancé (il était né en 1812), son activité intellectuelle était toujours la même, aussi vive et aussi pénétrante ; ces jours derniers il corrigeait encore les épreuves de la 4e édition de sa *Pratique des maladies vénériennes*. Toujours même verve, même esprit, même amour du travail, même besoin de se tenir au courant des progrès de la science. Les questions de syphiligraphie, dont il s'était occupé toute sa vie avec l'ardeur et l'autorité que l'on sait, le passionnaient comme aux premières années de sa carrière. Dans le n° 52 du 24 décembre 1893 du *Lyon médical*, il publiait encore, sous forme de lettre à un confrère, une étude approfondie *sur l'opportunité de mercurialiser une primipare présumée syphilitique.*

Interne des hôpitaux de Paris (concours de 1832), il eut pour maître Dupuytren, dont il aimait à rappeler l'enseignement. Après son internat, il vint à Lyon où, à la suite d'un brillant concours, il fut nommé chirurgien en chef de l'Antiquaille. Il retourna alors à Paris pour se présenter à l'agrégation en chirurgie. Comme, à cette époque, les chirurgiens-majors de l'Antiquaille faisaient un assez long stage avant d'entrer en fonctions, il resta à Paris. C'est alors qu'il devint, avec son ami Dechambre, un des rédacteurs de la *Gazette médicale* de Paris. Plus tard il fut un des premiers collaborateurs de la *Gazette hebdomadaire.*

Il aimait à dire que, s'il avait quelques qualités de polémiste, il le devait aux conseils de Jules Guérin. C'est également pendant ce séjour qu'il suivit les cliniques de Ricord dont il embrassa les doctrines avec ardeur; il fut et il est toujoure resté son ami et un de ses plus brillants diciples, « parfois un peu indiscipliné », disait en souriant le chirurgien de l'hôpital du Midi.

Il fut un des élèves assidus des conférences sous les tilleuls légendaires de l'hôpital du Midi.

C'était l'époque des luttes doctrinales auxquelles Diday prit une part si active, où Ricord établissait, au milieu du chaos que présentait alors l'histoire des maladies vénériennes, les solides assises d'une spécialité longtemps dénigrée et inaugurait une pathologie nouvelle.

De même que Ricord a créé l'école du Midi, Diday a été le véritable fondateur de l'Antiquaille. C'est aux travaux de cette école, à ce foyer incessant de recherches originales, qu'elle doit la place qu'elle occupe aujourd'hui dans le monde scientifique. Personne n'ignore la grande part qu'elle a prise à l'établissement des faits qui servent aujourd'hui de base aux doctrines de la syphilis.

Une fois de retour à Lyon, il s'est consacré pendant sa longue carrière à l'étude des maladies vénériennes. En dehors du majorat de l'Antiquaille, sa modestie naturelle et son indépendance de caractère l'empêchèrent toujours de briguer un poste dans la hiérarchie médicale. Mais s'il n'a jamais appartenu à l'École de médecine, ni plus tard à la Faculté, il dut se créer, par sa rare intelligence, son talent d'écrivain, les inépuisables ressources d'un esprit toujours en éveil, une situation tout à fait à part dans la spécialité.

Diday se passionna pour la question de l'inoculation chancreuse aux

animaux, espérant y trouver une vaccine antisyphilitique animale analogue à la vaccine jennérienne antivariolique. Il n'hésita pas à en tenter sur lui-même l'expérience.

Le 8 mars 1851, après avoir réussi à faire développer une pustule sur l'oreille d'un chat, il s'inocula avec le produit sur le pénis. L'ulcère qui survint ne tarda pas à se compliquer de phagédénisme et d'un bubon inguinal virulent; et ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois que le syphiligraphe lyonnais fut enfin délivré de tous ces accidents.

Un des premiers, il institua des cours libres, et tous ceux qui y ont assisté ont conservé un vivant souvenir des leçons qu'il inaugura vers 1855 dans une modeste salle d'un restaurant du passage de l'Argue. Ces leçons pétillantes d'esprit et d'aperçus ingénieux eurent un très grand succès. Il eut dès cette époque l'intuition de la contagiosité des accidents secondaires. Dès 1849, il s'était préoccupé du traitement de la *chancrelle*; et, dans ses écrits, il a souvent insisté sur la nécessité de transformer cette lésion particulièrement contagieuse en une plaie simple. C'est alors qu'il conseilla de la détruire avec la pâte de Canquoin, très en honneur à ce moment à Lyon; et, avec sa précision et sa netteté habituelles, il décrivit tous les détails de cette opération à laquelle il attachait une grande importance.

Quoique Diday se soit occupé de presque toutes les questions se rattachant à la médecine ou à la chirurgie, pendant les trente-quatre ans qu'il est resté secrétaire général de la Société de médecine de Lyon, il a, durant toute sa vie, porté son attention presque exclusivement sur les problèmes si multiples que soulève l'étude des maladies vénériennes.

Après la mort de Hardy, il a été nommé président d'honneur de la Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris.

On doit à Diday un nombre considérable de travaux sur la syphilis. En dehors d'innombrables articles disséminés dans les journaux et qu'il écrivait en quelque sorte au jour le jour, chaque fois qu'un point de doctrine était à élucider, un fait nouveau à interpréter, il a publié plusieurs ouvrages importants :

Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Diday avait écrit cet ouvrage à propos d'un concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux en 1854.

Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis, suivie d'une étude sur de nouveaux moyens préservatifs des maladies vénériennes, 1858.

Histoire naturelle de la syphilis. Leçons professées à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris en mars 1863.

Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées, en collaboration avec A. Doyon, 1876.

Le péril vénérien dans les familles, 1881.

Les herpès génitaux, en collaboration avec A. Doyon, 1886.

La pratique des maladies vénériennes, 1886, qui est en réalité la troisième édition de sa thérapeutique des maladies vénériennes et, je l'ai dit en commençant, la mort l'a surpris au moment où il corrigeait les épreuves de la quatrième édition.

Tous ses ouvrages sont devenus classiques, ils sont aussi connus à l'étranger qu'en France ; toutefois, de ses livres, celui auquel il attachait le plus d'importance, c'est son *Histoire naturelle de la syphilis*. C'est de cette observation attentive de l'évolution naturelle de cette maladie que découlent les doctrines dont il s'est fait depuis le défenseur éloquent et opiniâtre. C'est en s'appuyant sur les faits notés au jour le jour, qu'il a établi le traitement opportuniste de la syphilis, en faveur duquel il a publié de si remarquables plaidoyers. Cette doctrine a trouvé de nombreux adeptes en France et à l'étranger.

On connaît les idées de Diday sur les principes qui doivent guider le praticien dans le traitement de la syphilis. Opportuniste convaincu, il ne faisait intervenir le mercure que dans les périodes actives de cette affection. Deux considérations inspiraient le chirurgien de l'Antiquaille : sommeils et réveils du parasite qu'il considérait comme l'agent pathogène de la syphilis ; donc réserver l'administration du mercure pour les périodes de vie active du microbe, pour les poussées.

Toutes les fois qu'une occasion se présentait, il revenait sur les avantages de ce mode de traitement. Ainsi, au Congrès de 1889, il exposa de nouveau ses idées et donna des chiffres précis sur les résultats de sa pratique.

L'année dernière encore, à propos du livre du professeur A. Fournier, sur le traitement de la syphilis, il publia dans le *Lyon médical* deux articles très suggestifs sur les résultas comparés du traitement prolongé, *successif*, *intermittent* et du traitement opportuniste.

Dans la syphilis par génération, nous nous bornerons à rappeler qu'en vertu d'une théorie qu'il avait souvent exposée, il conseillait de traiter avant tout et toujours la mère, alors même que le père seul était suspect de syphilis.

Vers 1858, il prit la direction de la *Gazette médicale de Lyon ;* il la conserva jusqu'en 1869, époque à laquelle il fusionna avec le *Journal de médecine* de Lyon, plus tard le *Lyon médical*. Journaliste et polémiste de premier ordre, il a montré dans ces journaux, dont presque chaque numéro renferme un article de lui, les mêmes qualités qu'à la *Gazette médicale* de Paris. Il mit au service de ses idées, de ses recherches, de ses découvertes, toutes les ressources que lui fournissait le fécondité de son esprit et son ingéniosité. Toutes les questions, du reste, il les discutait avec une indépendance absolue, n'ayant d'autre souci que ce qu'il croyait être la vérité. On n'a pas oublié sa protestation énergique contre la Faculté de médecine de Paris qui voulait exclure de l'enseignement officiel la syphiligraphie et la dermatologie. Il était avant tout homme de progrès.

Dans ces dernières années, quoique sa santé fût déjà altérée, il fit à plusieurs reprises le voyage de Paris pour faire des leçons, à la Charité, dans l'amphithéâtre de Hardy (mai 1884), sur *l'éradication de la syphilis*, à Saint-Louis, dans celui de Fournier (mai 1887), sur une *nouvelle théorie de la syphilis héréditaire*.

Ces conférences attiraient toujours un nombreux auditoire de médecins et d'élèves qui applaudissait avec enthousiasme la parole du maître syphi-

ligraphe lyonnais. N'est-ce pas, en effet, admirable de voir un médecin abandonner ainsi son foyer, ses occupations habituelles, ses intérêts matériels, pour faire connaître les idées que lui inspirent ses recherches et les vulgariser ?

Les qualités maîtresses de Diday ont été une intelligence d'élite, une facilité de rédaction véritablement extraordinaire, des ressources infinies de dialectique, une tolérance très grande dans les discussions, dans lesquelles il restait toujours très courtois.

Quant à son caractère, il était foncièrement bon, généreux, très dévoué à ses amis qui tous lui sont restés fidèles jusqu'à la fin. Très serviable, son cœur fut constamment ouvert à tous les dévouements ; il était toujours prêt à prendre la plume en faveur de toutes les causes qu'il croyait justes ; il fut particulièrement dévoué à toutes les œuvres de charité et de solidarité professionnelles. Son souvenir vivra dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu ; et, comme il le disait souvent, ce ne sont pas seulement des discours prononcés sur une tombe qui rappellent un homme, mais l'œuvre de sa vie entière. La sienne a été vouée à l'étude et à la pratique de la médecine. Il fut, ainsi que je l'ai dit, l'ami de Ricord dont il défendit longtemps les doctrines. Puis rendu à lui-même et livré à ses études personnelles, il publia de nombreux travaux, dont j'ai mentionné les plus importants, qui ne le cèdent en rien à ceux du chirurgien de l'hôpital du Midi. Tous deux, du reste, ont bien mérité de la science et leurs noms, qu'on continuera à associer, ne s'effaceront jamais de la mémoire des médecins.

M. Ern. Besnier prie M. Jullien de transmettre encore à la famille de Diday toutes les sympathies des membres de la Société de dermatologie et de l'informer que la notice de M. Doyon a été lue en la présente séance.

Avant de donner la parole à M. Hallopeau, M. Ern. Besnier rappelle avec quelle émotion sincère tous les membres de la Société de dermatologie ont assisté aux obsèques de M. Quinquaud et combien tous ont entendu avec quelle exactitude touchante et avec quel talent d'orateur l'éminent directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, M. Peyron, a su devant la tombe de notre collègue retracer sa vie d'hôpital, de travailleur et de savant.

M. Hallopeau. — Je viens au nom de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dire un dernier adieu à notre profondément regretté collègue Quinquaud.

Ancien interne de Bazin, dont on trouve un reflet, sinon dans ses doctrines, du moins dans son langage, il avait conservé de son premier séjour à Saint-Louis une prédilection pour les maladies de la peau ; il était ainsi désigné pour y devenir chef de service ; il y parvint en 1886 et depuis lors, après la période de recueillement que doit nécessairement traverser tout médecin qui s'adonne à l'étude de la dermatologie, des publications de plus en plus nombreuses sont venues témoigner de sa grande activité scientifique.

Membre du comité de direction de notre Société, il en a été l'un des fondateurs en 1889 ; il a pris constamment part à ses travaux.

Il s'était fait, au point de vue de la direction des recherches, une place un peu à part au milieu de nous : profondément versé dans l'étude de la chimie, pourvu, grâce à l'intelligente libéralité de l'Assistance publique et du Conseil municipal, d'un laboratoire et d'aides expérimentés, il s'efforçait d'appliquer ses connaissances spéciales aux progrès de la dermatologie : « Il faut, disait-il en 1892, pénétrer profondément dans la connaissance de l'état morbide ; il est indispensable de savoir comment l'organisme souffre dans sa constitution intime ; » et Quinquaud s'adressait de préférence à la chimie pour arriver à la solution du problème. Il avait grandement raison, car c'est là une des voies principales qui doivent, dans l'avenir, conduire à la vérité : l'on sait, en effet, aujourd'hui, que les microbes pathogènes agissent presque exclusivement par les produits toxiques qu'ils engendrent et, d'autre part, l'on est en droit de rapporter à des auto-intoxications nombre de grandes dermatoses : il faut donc s'efforcer d'isoler ces substances toxiques et de les définir scientifiquement; la clinique doit ainsi s'appuyer sur la chimie en même temps que sur la bactériologie. Mais nous sommes malheureusement loin d'une solution : l'étude de ces toxines, produits instables et susceptibles d'agir à des doses presque infinitésimales, la lymphe de Koch l'a trop prouvé, est hérissée des plus grandes difficultés : nous en avons pour témoignage le nombre relativement restreint de résultats auxquels était arrivé Quinquaud lui-même, dans cet ordre d'idées, après huit années de labeur incessant. Une étude sur *les variations de la toxicité du sérum dans les affections cutanées*, une note sur *les troubles que subit l'hématose dans le xéroderma pigmentosum,* un travail sur *les éruptions que provoquent les injections d'acide urique*, un autre sur *les troubles de nutrition qu'entraînent les dermatites artificielles*, étaient jusqu'ici les seules publications dermatologiques dans lesquelles Quinquaud eût mis à profit ses connaissances spéciales en chimie : on voit combien est vaste le champ qui reste à explorer dans cette direction.

Aussi, comme ses prédécesseurs, est-ce surtout comme clinicien que Quinquaud laissera la marque de son séjour à Saint-Louis. Nous mentionnerons, à ce point de vue, d'intéressantes recherches, pratiquées avec un instrument perfectionné, sur les *troubles de la sensibilité cutanée qui se produisent dans la lèpre*, des notes sur les *folliculites épilantes décalvantes*, sur les *hydroas*, sur l'*hydradénome* qu'il appelle *cellulome épithélial éruptif*, sur l'histologie de l'*urticaire pigmentée* où il attribue aux mastzellen un rôle prépondérant, sur le *lupus scléreux à marche serpigineuse offrant le caractère syphiloïde*, sur l'*hypertrophie de la rate dans la syphilis*, sur le *pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée*, sur une *maladie pigmentée urticante*, sur des *lésions trophiques de la main et de l'avant-bras d'origine traumatique* et sur le *mycosis*.

Quinquaud a fait également, surtout avec le concours de M. Nicolle, d'importantes études bactériologiques : c'est ainsi qu'il *a constaté la présence du bacille de Hansen dans les manifestations cutanées précoces de la lèpre* et celle *des sporozoaires dans l'acné varioliforme de Bazin*, qu'il a perfectionné la *méthode de coloration du microbe du chancre mou*, qu'il a

établi le *diagnostic d'un cas de farcinose à l'aide d'examens bactériologiques et d'inoculations* ; nous mentionnerons encore un travail sur la *flore cutanée à l'état normal et à l'état pathologique.*

Au point de vue thérapeutique, la dermatologie doit à Quinquaud une *nouvelle méthode de traitement de la teigne* qui, d'après ses statistiques, diminuerait de moitié la durée de la maladie, un *traitement général de la syphilis par l'application sur de larges surfaces d'un emplâtre au calomel* qu'il a conseillé de préférence au Vigo employé par Unna dans le même but. Nous signalerons enfin une étude sur les *dangers qu'entraînent les injections de sublimé en provoquant une altération de l'épithélium rénal.*

On voit que l'œuvre clinique de Quinquaud est considérable ; la mort le surprend en pleine activité de production scientifique ; ce qu'il a fait permet de prévoir ce qu'il aurait produit, s'il avait pu poursuivre jusqu'au bout sa carrière hospitalière.

A un autre point de vue, Quinquaud laissera un souvenir durable à l'hôpital Saint-Louis : il était orateur et il avait le goût de l'enseignement ; doué d'une voix pénétrante, aux intonations les plus variées, d'une physionomie expressive, d'accents vibrants et chaleureux, il exerçait une action puissante sur ses auditeurs ; il avait dans ces dernières années inauguré à Saint-Louis, avec le concours d'éminents collaborateurs, un enseignement complet des maladies de la peau et rendu aux élèves d'incontestables services.

Quinquaud était donc à la fois un observateur pénétrant et un professeur d'une réelle éloquence; nous ajouterons que l'homme attirait toutes les sympathies : ceux qui l'ont connu n'oublieront pas sa physionomie pensive, habituellement un peu triste, sur laquelle semblait constamment empreinte la préoccupation de quelque recherche scientifique et qui, tout d'un coup s'éclairait d'un fin et doux sourire lorsque la présence d'un ami y apportait une distraction passagère. Depuis trente ans le camarade, l'émule ou le collègue de Quinquaud, nous avons été témoin de sa grande puissance de travail et des efforts qui, après de longues et pénibles luttes, l'ont amené successivement à l'internat, au bureau central, à l'agrégation et à l'Académie ; il restera, pour nous, comme le type du travailleur énergique, persévérant et intelligent. C'est avec douleur que nous le voyons disparaître aussi prématurément, au grand préjudice de notre école dermatologique et de la science française.

M. Fournier. — Il serait bon de conserver l'image fidèle, souvenir de nos deux collègues, et je proposerai de faire les démarches nécessaires pour obtenir au moins les portraits de ceux qui ne sont plus.

M. Jullien. — Je puis annoncer à la Société que la famille de notre maître regretté Diday m'avait déjà promis de vous faire parvenir son portrait.

M. Fournier. — J'annonce avec plaisir à la Société l'adoption par la Faculté d'une proposition que j'ai été forcé de faire à plusieurs

reprises, à savoir qu'il existe une agrégation spéciale de dermatologie et de syphiligraphie. L'adoption par la Faculté sera-t-elle confirmée en haut lieu ? on ne peut à cet égard formuler que des vœux.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Tumeur lymphoïde de la conjonctive chez un malade atteint de lymphadénie ganglionnaire et splénique.

Par M. du Castel.

La maladie dont X... est atteint a débuté dans les premiers mois de l'année dernière par la tuméfaction des ganglions du cou. Successivement les ganglions de différentes parties du corps se sont tuméfiés, en restant durs et indolents ; la rate s'est tuméfiée. Le sang renferme un excès marqué de globules blancs. Il y a six semaines, nous découvrions une petite tumeur indolente sous la conjonctive de la paupière inférieure gauche ; elle était grosse à cette époque comme deux grains de chènevis ; depuis elle s'est étalée en largeur et occupe à peu près toute la largeur de la paupière inférieure, est allongée dans le sens de celle-ci ; son épaisseur est d'un centimètre environ ; ses angles sont mousses ; sa surface est recouverte par la muqueuse saine ; elle n'est ulcérée en aucun point. C'est une tumeur transparente et rosée, absolument indolente ; elle ne gêne en aucune façon le malade malgré le volume qu'elle a acquis aujourd'hui et n'a été découverte que par hasard. Sa consistance est plutôt molle. (Observation recueillie par M. Sergent, interne du service.)

M. Galezowski. — La tumeur de la paupière inférieure, que porte le malade présenté par M. Du Castel, me paraît avoir un intérêt tout particulier au point de vue de la localisation. Au premier abord, on pourrait penser à une affection de la conjonctive, mais lorsqu'on l'examine de près, on s'aperçoit que la tumeur se trouve localisée sous la conjonctive, entre le tarse et la conjonctive, et se prolonge dans la direction de l'orbite, sans toucher le périoste ni le globe oculaire. La caroncule lacrymale est aussi atteinte et forme une seconde tumeur. J'aurais désiré savoir si la tumeur n'avait pas débuté par la caroncule. M. Du Castel déclare que la caroncule n'était pas prise au début, et que la tumeur ne s'est étendue que plus tard. Pour ma part, j'avais observé une tumeur analogue ayant débuté par la caroncule, s'étendant ensuite à la paupière et au sac lacrymal. La tumeur était aussi indolente, les glandes préoculaires prises. La maladie était de nature syphilitique, et sous l'influence d'un traitement antisyphilitique prolongé, la maladie avait disparu et l'œil avait complètement guéri.

Il serait donc désirable de savoir si chez le malade de M. Du Castel il n'y avait pas quelques renseignements dans les antécédents, de la cause syphilitique, et si l'intérieur de l'œil du malade n'a pas été examiné, car

dans ces cas on pourrait trouver quelques signes de la constitution syphilitique.

M. Du Castel. — Je partage absolument l'avis de M. Galezowski en ce qui concerne la situation anatomique de la tumeur palpébrale ; c'est une lésion du tissu séreux. Mais je ne puis suivre M. Galezowski dans l'hypothèse d'une affection syphilitique. Je connais le malade depuis longtemps, et la multiplicité même des lésions dont il est atteint m'a conduit à laisser de côté tout soupçon de syphilis pour l'une d'entre elles.

M. Jacquet. — C'est moi qui ai reçu ce malade lors de son entrée. Il n'avait alors aucun des troubles de l'état général qu'il présente actuellement. Je l'ai considéré comme atteint de lymphosarcome de l'amygdale avec généralisation ganglionnaire. J'ai pu enlever un ganglion de l'aisselle, avec le suc duquel j'ai fait un grand nombre de cultures, qui toutes ont été impuissantes à révéler aucune espèce microbienne. L'hypothèse de l'origine infectieuse de ces généralisations ganglionnaires me paraît devoir être rejetée. Peut-être a-t-on affaire à des infections secondaires, que tout au moins l'on n'a pu trouver au début de l'affection primitive.

Ulcérations buccales tabétiques.

Par M. Louis Wickham.

Voir page 44.

Discussion.

M. E. Besnier. — Quels sont les caractères typiques de ces ulcérations?

M. Wickham. — Le principal caractère est d'être *atones*; ces ulcérations se produisent et persistent sans aucune réaction inflammatoire. Elles sont *anesthésiques*, indolentes spontanément et au contact. Le malade ne se plaint que de l'absence des dents et non de l'ulcération elle-même. Enfin le siège même alvéolo-dentaire de l'ulcération est pour ainsi dire caractéristique de l'origine tabétique. Lorsqu'au moyen du stylet on explore le fond de l'ulcération, on trouve dans les cas que nous avons observés une perforation de la paroi osseuse.

Diverses théories pathogéniques ont été proposées pour expliquer cette lésion. Pour les uns elle serait un trouble trophique, analogue aux autres troubles trophiques que l'on rencontre dans l'ataxie; pour d'autres, elle serait consécutive à une périostite de cause diabétique.

L'examen de l'œil a été fait et on a trouvé du myosis, mais pas de lésion du nerf optique.

M. Galezowsky. — Relativement à la communication de M. Wickham, sur l'ulcère alvéolo-dentaire tabétique, je me permets de faire quelques observations. Y a-t-il là seulement une influence de l'ataxie, et l'ataxie,

elle-même n'est-elle pas dans le cas présent due à la syphilis ? Pour ma part, ayant étudié depuis longtemps les atrophies des papilles ataxiques au point de vue de leur cause intime, j'ai constaté que, dans la grande majorité des cas, les atrophies ataxiques des papilles sont liées à la syphilis, car ayant soumis tous ces malades aux frictions mercurielles prolongées, j'ai pu arrêter la maladie dans cinq cas jusqu'à présent. J'étais conduit à cette idée justement par un fait d'atrophie papillaire ataxique, compliqué d'un ulcère invétéré, situé à l'angle externe de la paupière inférieure avec glande préoculaire de l'œil gauche. Les antécédents syphilitiques que j'ai pu découvrir chez mon malade m'ont permis de rattacher les troubles oculaires, aussi bien que l'ataxie et l'ulcère palpébral, à la même cause, la syphilis. Soumis au traitement mercuriel prolongé, le malade a vu son ulcère palpébral guérir, l'atrophie papillaire s'arrêter et la vue s'améliorer. Je me demande donc, si dans le cas présent, il n'y a pas à admettre l'existence des accidents syphilitiques, et soumettre alors le malade au traitement antisyphilitique.

M. Fournier. — Le malade qui vient d'être présenté n'est pas syphilitique. Chez lui le tabes était extrêmement facile à reconnaître comme origine de son ulcération. Celle-ci est en effet la copie exacte d'un malade qui a été présenté ici même. En rapprochant les deux faits, on pouvait pour ainsi dire les superposer et une origine commune devait nécessairement être attribuée à deux lésions identiques.

Le meilleur signe qui permet de reconnaître cette lésion est l'atonie remarquable qu'elle présente. Autour de l'ulcération on trouve une zone blanchâtre. L'aréole est blanche au pourtour.

Au point de vue de la pathogénie, il y a une relation singulière entre les ulcères alvéolo-dentaires et les maux perforants. Ce malade a trois maux perforants et l'ulcération de la voûte palatine est de même nature. Aussi j'ai proposé d'appeler cette lésion le *mal perforant buccal.*

Deux cas de glossite exfoliatrice marginée.

Par M. Paul Gastou.

L'histoire de la glossite exfoliatrice marginée, diversement dénommée, s'éclaircira peut-être en accumulant le plus grand nombre d'observations. Il nous a paru intéressant de présenter ces deux malades du service de notre maître, le professeur Fournier, en adoptant la dénomination qu'il a employée et qui ne préjuge en rien la nature de la maladie.

Ces deux cas sont intéressants par ce fait que la lésion s'est développée chez deux sujets, l'un et l'autre entachés d'hérédité syphilitique, sans autre diathèse appréciable.

On ne trouve en effet dans ces deux observations, et surtout dans la première, qu'une cause occasionnelle possible, capable d'avoir pu

produire la maladie : l'altération dentaire et les troubles qui peuvent en résulter; et qu'une cause prédisposante : la syphilis héréditaire.

Sans connaître la nature de la maladie décrite dans ces deux observations, ne semble-t-il pas qu'on puisse les rapprocher du groupe des affections *parasyphilitiques*, établi par mon maître, le professeur Fournier, grâce aux deux grands caractères suivants : la syphilis y prédispose très souvent, le traitement antisyphilitique n'a aucune action sur elle.

Glossite exfoliatrice marginée. Syphilis du père et de la mère. Malformations dentaires sans autres stigmates héréditaires.

Le nommé Nicolas Rab..., âgé de 4 ans, enfant bien développé et de constitution normale.

Pas de cicatrices cutanées, pas de malformations osseuses, taille bien proportionnée, pas de difformités crânienne ou nasale, teint normal.

A noter cependant la cicatrice d'un abcès préauriculaire gauche, du strabisme interne de l'œil droit et une polyadénite peu marquée des régions cervicale et sous-maxillaire.

L'examen des dents montre les malformations dentaires suivantes à la mâchoire inférieure : les deux premières molaires ont des érosions en facettes et en sillons, les deux canines une atrophie cuspidienne nettement marquée.

L'évolution des dents n'a pas subi de retard. On ne rencontre pas d'autres malformations au voile du palais et à la gorge.

L'enfant a été amené à l'hôpital pour sa langue qui est douloureuse.

On aperçoit sur le bord droit de celle-ci une plaque ovalaire, mesurant environ 2 centim. de long sur 1 centim. de large. Cette plaque fait tache sur la muqueuse linguale, qui est saine dans toutes ses parties. Elle correspond au tiers antérieur de la langue et aux canine et première molaire droites. Elle est limitée par un bourrelet saillant blanc grisâtre, entourant une surface rouge cerise, dénudée et brillante. En dedans du bourrelet existe une ceinture de papilles saillantes et d'un ton rouge plus foncé que la partie dénudée. Les mêmes papilles saillantes se retrouvent en dehors du bourrelet, mais ici la plupart se montrent sous l'aspect d'une saillie d'un blanc terne. Examiné à la loupe, le bourrelet semble constitué par une série de points blanchâtres, agglomérés et très serrés les uns contre les autres. La partie centrale de la plaque est absolument unie, sans saillies apparentes.

La plaque n'est pas douloureuse au toucher, mais seulement par le contact des aliments, de la salive ou des dents.

Cette glossite desquamative remonte à six semaines et semble avoir débuté sans cause apparente, l'enfant étant habituellement et actuellement en bonne santé.

Il n'en est pas de même du père, qui a été soigné en 1888 dans le service du professeur Fournier pour des accidents de syphilis secondaire.

Voici l'histoire de sa syphilis : en 1882, bien portant jusqu'alors, l

contracte un chancre syphilitique de la lèvre pour lequel il est soigné à l'Antiquaille, à Lyon.

En 1885, variole.

En 1886, chaudepisse, au Havre.

En 1887, syphilide gommeuse de la verge.

En 1888, mêmes accidents du côté de la verge et syphilide sur le corps. Soigné au Midi de juin à décembre, il entre le 15 décembre 1888 dans le service du professeur Fournier où l'on constate des syphilides papulo-tuberculeuses et érosives dont il porte encore les cicatrices.

C'est un homme bien constitué, avouant des habitudes d'alcoolisme dont il s'est en partie défait depuis. Il a eu sept frères et sœurs bien portants. Rien du côté de ses parents qui vivent encore.

En 1887, il fait connaissance de la mère du petit malade avec laquelle il a des rapports, ne présentant à ce moment, dit-il, aucun accident spécifique.

En décembre 1887, il a l'accident gommeux de la verge et, à la même époque, sa femme est soignée pour une angine, siégeant principalement, dit le père, sur une amygdale, sans qu'il puisse donner de renseignements certains sur la nature de l'amygdalite.

Au début de 1888, la mère de l'enfant va à Lourcine où on la traite, dit-elle, pour des « boutons de la vulve ». Il est difficile de savoir si elle a été soumise pendant longtemps à un traitement spécifique.

En 1890, elle donne le jour à l'enfant que voici : il naît à terme et n'a jamais présenté d'éruptions, ni d'autres manifestations diathésiques.

En 1891, second enfant, une fille, née à terme, mais mourant à 6 mois de méningite.

En 1892, avortement à 6 mois. Elle n'a comme antécédents héréditaires rien de particulier : son père serait mort poitrinaire, sa mère est morte en couches. Elle-même, en dehors des accidents présentés depuis son mariage, n'a jamais été malade et ne présente actuellement rien à noter.

En résumé : enfant âgé de 4 ans et demi, présentant une *glossite exfoliatrice marginée*, avec des malformations dentaires très nettes, une hérédité syphilitique paternelle évidente et une hérédité syphilitique maternelle des plus probables.

Glossite exfoliatrice marginée. — Syphilis héréditaire certaine de la mère : lésions osseuses, auriculaires, auditives ; malformations dentaires ; polymortalité infantile ; troubles pigmentaires. — Syphilis probable de la grand'mère maternelle.

Raymonde J... est âgée de 4 ans et demi, elle vient à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier, pour une maladie de la langue.

Cette maladie a été remarquée pour la première fois à son retour de nourrice à l'âge de 1 an. Depuis elle a toujours existé, prenant alternativement des parties différentes du dos de la langue et des bords. Les mouvements de la langue sont parfois douloureux ; la parole et la mastication en sont gênées.

En examinant la langue de la petite malade, on aperçoit des plaques à contours sinueux siégeant en plusieurs points.

La plaque la plus étendue occupe la pointe et s'étend dans le tiers antérieur de l'organe. Empiétant sur la face dorsale dans une étendue de 1 centim. environ, une seconde plaque occupe le bord droit de la langue, en arrière de la limite postérieure de la plaque antérieure, sur une longueur de 2 centim. Symétriquement existe une même altération du bord gauche, non reliée à la plaque de la pointe et mesurant 1 centim. de long sur un demi-centimètre de large.

Chacune de ces plaques est constituée de la façon que nous avons indiquée dans l'observation précédente. Les contours sont très irréguliers, festonnés et saillants, et, du côté de la portion de muqueuse saine, les papules, très surélevées, forment des saillies rouge framboise intense.

Les plaques varient de forme et de siège, et durant le séjour de la petite malade à l'hôpital on note cette mobilité.

En dehors de cet état de la langue, l'enfant présente des écoulements d'oreilles, une toux continuelle et des amygdales très développées. Rien aux yeux ni aux membres. L'auscultation est négative. Il n'existe aucune éruption sur les téguments. Peu de malformations dentaires, on note seulement une dentition très irrégulière, et les premières molaires de la mâchoire inférieure sont atrophiées.

L'enfant nourrie au biberon à la campagne, a été brûlée à deux reprises différentes : à l'âge de 8 mois à la main gauche, à 2 ans et demi aux cuisses et à la vulve.

A 18 mois, broncho-pneumonie suivie de varicelle. A 2 ans, rougeole soignée à l'hôpital des Enfants-Malades. Depuis, deux attaques de laryngite, en janvier 1892 et en novembre 1893.

Cette enfant présente des antécédents héréditaires assez complexes. Son arrière grand'mère et sa grand'mère maternelles seraient mortes de bronchite. Son père tousse également depuis longtemps.

Sa mère est atteinte de syphilis héréditaire, non douteuse : les accidents multiples qu'elle a présentés et qu'elle présente actuellement ne pouvant être mis sur le compte d'une syphilis acquise.

L'histoire de cette syphilis héréditaire est la suivante. Son père est encore vivant et bien portant, il n'a jamais eu de maladies graves. Sa mère est morte en 1886 d'un cancer de la matrice qui aurait mis dix-huit mois à évoluer. Les renseignements donnés ou obtenus sur l'état de santé antérieur de cette femme sont des plus obscurs : elle aurait avoué avoir eu un chancre vulvaire pour lequel elle fut soignée à l'hôpital, elle présenta en outre quelques années plus tard une affection du coude qui laissa une vaste cicatrice semblable à une brûlure.

Elle n'eut que deux grossesses amenées à terme : la mère de la petite malade et ensuite un garçon qui mourut à l'âge de 8 mois « complètement gâté », dit sa sœur.

La mère de notre petite malade, âgée de 28 ans, présente une histoire clinique et des signes actuels beaucoup plus démonstratifs de la syphilis héréditaire que tous les renseignements donnés ci-dessus.

Elle est née à terme. Rien d'anormal jusqu'à l'âge de 9 ans. De 9 à 14 ans, trois attaques successives de psoriasis diagnostiquées et soignées par le Dr Jules Simon.

En 1882, à l'âge de 16 ans, elle vient dans le service du professeur Le Dentu à Saint-Louis, pour une affection des bras et des jambes qui guérit sous l'influence des frictions mercurielles, du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium.

En 1887, à l'âge de 21 ans, première grossesse et fausse couche de 5 mois.

En 1888, nouvelle grossesse. Elle se traite, prenant de temps en temps de l'iodure de potassium et accouche à terme de l'enfant qui est actuellement dans le service, le 3 mai 1889.

Environ trois mois après la naissance de l'enfant, douleurs vives dans la tête, affaiblissement progressif de la vue. Après un séjour à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Panas et aux Quinze-Vingts, elle recouvre la vision nette de l'œil gauche, mais l'œil droit « resta voilé », dit-elle.

Guérie de son affection des yeux, elle cesse de se soigner. Elle accouche de nouveau à terme en 1890, c'est la troisième grossesse. L'enfant meurt au bout de six semaines, « couvert de boutons et de plaques rouges, ayant la diarrhée et le muguet ».

En 1891, après des privations nombreuses, les règles se suppriment pendant quelque temps. On pense à une métrite, une perte abondante survient, qualifiée de fausse couche par une sage-femme appelée à donner ses soins.

En 1892, avortement de 5 mois, à la suite duquel kératite et iritis intenses ayant amené une perte complète momentanée de la vue.

Vers la fin de la même année, gale, soignée à Lariboisière.

Depuis, les maux de tête ont continué très violents, des bourdonnements d'oreille, d'abord à gauche puis à droite, ont fait place très rapidement à une surdité complète, totale, permettant cependant une conversation criée, la bouche contre l'oreille droite.

C'est dans ces conditions que la malade est venue accompagnée de sa fille, au commencement du mois, dans le service du professeur Fournier.

Examinée en détail, elle ne présente pas de traces de syphilis héréditaire bien nettes sur le corps, si ce n'est sur la jambe gauche, qui est fusiforme, la face antérieure du tibia tuméfiée sans douleur et sur le cou en arrière des taches pigmentaires.

A la face, au contraire, les signes d'hérédité syphilitique abondent : surdité complète sans altération aucune des tympans, restes de kératite et d'iritis doubles, et d'une choroïdite gauche.

Les malformations dentaires sont des plus nettes : à la mâchoire supérieure, dents en tournevis, petites molaires striées, absence des petites incisives latérales supérieures. Érosions cupuliformes de toutes les dents. Canines affectant la forme des incisives. Enfin à la mâchoire inférieure, première grosse molaire cupuliforme, prémolaire striée de sillons.

On ne note rien dans les organes thoraciques et abdominaux ; seulement une légère anesthésie de la face interne des seins, surtout à droite.

En résumé : glossite exfoliatrice marginée sans stigmates de syphilis héréditaire. Mère offrant tous les caractères d'une syphilis

héréditaire auxquels s'ajoute une polymortalité infantile très nette. Grand'mère pouvant être suspectée de syphilis.

M. Ern. Besnier. — Il y aurait quelque inconvénient à classer parmi les accidents parasyphilitiques une lésion qui est foncièrement indépendante de la syphilis, et qui n'est, à mon sens personnel qu'un eczéma figuré, évoluant sur une surface muqueuse. La propension de beaucoup de médecins à syphiliser la plupart des affections de la langue est déjà fâcheuse, et il y aurait dans cette catégorisation une cause nouvelle d'exagération.

M. Fournier. — L'expression de lésion parasyphilitique n'implique nullement l'idée de syphilis. Ces lésions sont des manifestations que la syphilis emprunte simplement en leur laissant leurs caractères et leur nature. Je ne puis citer de meilleur exemple, par comparaison, que la paralysie générale, qui peut survenir avec tous ses caractères, ses symptômes, ses lésions, sous l'influence de la syphilis et qui cependant, dans nombre de cas, peut avoir tout autre cause que la vérole ; je ne citerai que l'alcoolisme.

Dans son très remarquable travail sur la glossite exfoliatrice marginée, Lemonnier (de Flers) insiste expressément sur cette distinction. Il ne décrit pas la glossite comme syphilitique, mais dit qu'elle peut se rencontrer chez des sujets syphilitiques.

M. Du Castel. — L'enfant présenté porte aussi des stigmates de scrofule, de tuberculose.

M. Besnier. — Avec les restrictions que vient de présenter M. Fournier, la confusion que je craignais pourra ne pas se produire, mais mon observation persiste dans son sens général.

Le prurigo simplex et sa série morbide.

Par le Dr L. Brocq.

Dans ses deux récents mémoires sur les Dermatites prurigineuses multiformes (*Giornale Italiano della malattie veneree e della pelle*, fasc. II, 1893) et sur le Prurigo temporaire autotoxique (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, juin 1893), le Dr Tommasoli vient d'attirer de nouveau l'attention sur le lichen simplex aigu de notre vénéré maître E. Vidal. Le moment nous paraît donc venu de préciser ce que nous avons voulu désigner sous ce nom, et d'indiquer pourquoi la dénomination de cette dermatose nous paraît devoir être changée en celle de *prurigo simplex acutus*.

Dans le travail *in extenso* que nous publions dans ce numéro des *Annales de Dermatologie* (voir page 3), on trouvera sept observa-

tions typiques de la maladie que nous appelions, avec notre maître, lichen simplex aigu. Le mode de début de cette affection est d'ordinaire assez subit; il y a intégrité parfaite ou presque parfaite de l'état général. Assez souvent l'éruption semble commencer par des éléments d'urticaire, ou tout au moins les papules caractéristiques semblent se former sur une base urticarienne : la plupart des malades sont en imminence d'urticaire. Les premières régions atteintes sont d'ordinaire les membres supérieurs et en particulier la face externe des avant-bras, autour des coudes, plus rarement le cou, les membres inférieurs ; parfois la dermatose semble envahir simultanément les divers lieux d'élection qui sont : la face externe des membres, les genoux et les coudes, la face dorsale des mains et des doigts, puis le cou, les fesses, les régions antérieures et postérieures du tronc, la face dorsale des pieds, enfin le visage.

La lésion élémentaire caractéristique est une petite papule, d'abord rosée, puis d'un rouge plus ou moins vif, peut-être consécutive au prurit et au grattage, éminemment congestive; ses dimensions varient de celles d'une moyenne à celles d'une très grosse tête d'épingle et d'une lentille ; elle est hémorrhagique. Quand elle est toute récente, on voit à son sommet une légère teinte blanchâtre, opaline, tenant à une petite accumulation de sérosité formant un soupçon de vésicule ; assez rarement elle devient franchement vésiculeuse. A mesure qu'elle évolue, elle se recouvre à son centre d'une sorte de croûtelle adhérente dont les dimensions sont celles d'une petite ou d'une moyenne tête d'épingle, et dont la coloration varie du jaune brunâtre au brun foncé; autour de cette croûtelle se produit souvent une fine desquamation lamelleuse. Cette croûtelle est le produit naturel de l'évolution de la papulo-vésicule et de la dessiccation de son centre; cependant on trouve çà et là disséminés des éléments excoriés, présentant des croûtelles rouges ou noirâtres. Après la chute des croûtelles et la résorption des papules, il reste d'ordinaire après elles une légère pigmentation brunâtre qui finit par disparaître ; elle peut manquer, elle peut être remplacée, surtout chez les sujets qui se sont grattés, par de petites cicatricules blanches, d'aspect nacré. La durée de chaque élément éruptif varie suivant son degré de développement de quatre à dix jours; il met d'ordinaire de six à huit jours à évoluer.

Un des caractères les plus importants de la maladie est la dissémination des éléments qui sont toujours distincts les uns des autres, et ne forment jamais de véritables plaques d'infiltration. Il ne se produit jamais d'eczématisation ni de lichénification vraie.

Les sensations douloureuses éprouvées par les malades sont plus ou moins vives suivant les cas : elles sont presque toujours intenses ; elles présentent des périodes de calme complet ou relatif suivies d'exacerbations qui se produisent surtout le soir et pendant la nuit.

Ce sont des sensations de prurit, de piqûres, de picotements, d'élancements, parfois de brûlure.

L'affection évolue par productions successives de nouvelles papules plus ou moins nombreuses, occupant des régions plus ou moins étendues suivant les cas : peu à peu les poussées deviennent moins intenses et finissent par cesser ; on observe parfois des périodes passagères d'accalmie, puis des recrudescences. La durée totale de la maladie varie de deux semaines à deux mois environ. Les récidives semblent être assez fréquentes : elles se reproduisent dans quelques cas d'une manière assez régulière à certaines saisons, surtout pendant l'été, et quand ceux qui y sont prédisposés sont soumis à l'influence de hautes températures. Il est probable que la dermatose décrite par Hutchinson sous le nom de Summer prurigo (recurring summer eruptions) doit être rangée dans le prurigo simplex. (Voir Radcliffe Crocker, 2e édition, p. 215.)

Nous renvoyons, pour l'anatomie pathologique de la papule du prurigo simplex acutus, aux travaux de Tommasoli et de Darier.

Ce type morbide est bien spécial : il ne peut rentrer ni dans l'urticaire qui le complique fort souvent, mais dont il diffère par sa papule caractéristique et par son évolution ; ni dans l'érythème papuleux dont il diffère par son aspect, ses localisations et ses phénomènes subjectifs ; ni dans les miliaires, car ses éléments sont trop volumineux et trop papuleux ; ni dans l'eczéma papuleux vrai, car on n'y observe jamais de plaques d'eczématisation véritable ; ni dans le lichen ruber acuminatus neuroticus d'Unna, car ses papules ne se forment pas autour des follicules pileux, n'ont pas de tendance à donner naissance par confluence à de larges plaques, car il ne s'accompagne jamais d'un état général grave ; ni dans le prurigo de Hébra, puisque c'est une dermatose à allures aiguës, guérissable, pouvant débuter à un âge quelconque et ne se compliquant jamais d'eczématisation ni de lichénification vraie ; ni dans les prurigos diathésiques à forme objective eczémato-lichénienne de notre excellent maître M. le Dr E. Besnier, pour des raisons analogues.

Ce prurigo simplex acutus s'observe fréquemment chez les enfants, chez lesquels on lui a donné le nom de strophulus : il coïncide pour ainsi dire toujours chez eux avec l'urticaire, et on le décrit communément comme une urticaire infantile.

Chez l'adulte, on le range souvent dans les prurigos atypiques, groupe mal défini dans lequel il faut s'efforcer d'apporter un peu de précision.

Tel est notre *prurigo simplex acutus*. Prenant ce type comme point de départ, nous trouvons, en analysant les faits cliniques, toute une série de faits de passage s'étendant entre ce prurigo simplex acutus et des types dont les allures rebelles, chroniques, récidivantes

rappellent la physionomie du prurigo vrai de Hébra. Ils en diffèrent cependant toujours par leur début à un âge quelconque, par leur éruption, uniquement constituée par l'élément éruptif que nous venons de décrire, et par l'absence d'eczématisation et de lichénification vraie.

Nous pouvons donc dans cette série distinguer des faits à allures prolongées, durant plusieurs mois, dignes du nom de *prurigo simplex subacutus,* des faits à allures vraiment chroniques et rebelles dignes du nom de *prurigo simplex chronicus recidivus.* Parmi ces derniers, il y en a qui, dans leur ensemble, présentent la physionomie générale des cas typiques ; il y en a d'autres qui en diffèrent par leurs localisations un peu insolites (cou, partie supérieure du thorax, bassin), localisations qui restent toujours les mêmes pendant toute la durée de l'affection ; il y en a enfin qui, au lieu d'avoir leurs exacerbations surtout pendant les saisons chaudes, les ont surtout pendant l'hiver : ce sont des faits dignes du nom de *prurigo simplex chronicus à forme atypique.*

Toute cette série de faits s'observe également chez l'adulte et chez l'enfant, chez lesquels ils constituent, comme nous l'avons déjà dit plus haut, des variétés de ce que l'on a dénommé strophulus et urticaires papuleuses et papulo-vésiculeuses infantiles.

Nous ne croyons pas pouvoir laisser aux formes aiguës de ces affections le nom de lichen simplex aigu que lui avait donné notre vénéré maître, E. Vidal : 1° parce que nous devons reconnaître que nos tentatives multiples pour reconstituer l'ancien groupe lichen des vieux auteurs français échouent devant le parti pris de la grande majorité des dermatologistes de rester fidèles à la nomenclature adoptée par l'école de Vienne et de réserver le nom de lichen au lichen ruber et à ses diverses variétés ; 2° parce que nous devons reconnaître qu'il n'y a pas de lien étroit à établir entre le lichen simplex aigu de E. Vidal et son lichen simplex chronique, car la transformation du lichen simplex aigu (notre prurigo simplex acutus) en lichen simplex chronique (notre névrodermite circonscrite chronique) nous paraît très improbable, étant donnés les caractères principaux de l'éruption du prurigo simplex, qui sont l'absence constante de plaques de lichénification vraie et d'eczématisation : il en résulte que les formes chroniques qui correspondent au lichen simplex aigu de E. Vidal ne sont pas du tout son lichen simplex chronique ; 3° ce n'est pas avec le lichen simplex chronique de E. Vidal que le prurigo simplex a de réelles affinités, mais bien avec le prurigo de Hébra, comme nous l'avons déjà compris depuis longtemps, et comme vient de le dire Tommasoli.

Nous ne croyons pas cependant pouvoir adopter le nom proposé par le distingué dermatologiste italien de *prurigo temporaire autotoxique.* En effet, dans le langage dermatologique qui est pour ainsi

dire universellement adopté à l'heure actuelle, le mot de prurigo a une signification des plus précises : il désigne la dermatose spéciale à laquelle nous donnons en France le nom de prurigo de Hébra. Dénommer une affection prurigo temporaire autotoxique, c'est dès lors indiquer que cette affection a tous les traits caractéristiques du prurigo de Hébra, sauf la chronicité. Or nous avons vu qu'il n'en est pas ainsi : le lichen simplex aigu de E. Vidal ne présente, en effet, jamais ni d'eczématisation, ni de lichénification accentuée.

Nous pensons néanmoins qu'il fallut lui donner le nom de *prurigo* pour bien indiquer l'aspect et la nature de l'élément éruptif caractéristique; mais nous pensons qu'il faut ajouter à ce radical l'épithète de *simplex* : on précise ainsi l'affection, et l'on indique, autant que faire se peut, son grand caractère distinctif d'avec le prurigo de Hébra.

La série morbide du prurigo simplex sera par suite composée des variétés suivantes : 1° *prurigo simplex acutus*, c'est le lichen simplex aigu de E. Vidal, le type même du groupe; 2° *prurigo simplex subacutus;* 3° *prurigo simplex chronicus recidivus* (*forme typique*); 4° *prurigo simplex chronicus* (*formes atypiques*). Pour les relations étroites de ce groupe avec les groupes voisins : miliaires, érythèmes papuleux, dermatites polymorphes douloureuses aiguës, urticaires, eczéma papuleux disséminé, lichen ruber acuminatus neuroticus, prurigos diathésiques à forme eczémato-lichénienne, prurigo typique de Hébra, prurigo ferox, nous renvoyons à notre mémoire des *Annales* et au graphique qui lui est annexé.

La protestation formulée en 1886 par mon vénéré maître, E. Vidal, a donc attiré de nouveau l'attention des dermatologistes sur des faits importants et nombreux sur lesquels on se contentait d'avoir des notions peu précises : nous croyons qu'elle a été en cela tout particulièrement utile.

Malheureusement, il faut bien se résoudre à abandonner d'une manière définitive la nomenclature qu'il a proposée. Elle constitue, en effet, une cause permanente de confusions et ne pourrait être adoptée qu'avec beaucoup de difficultés.

Nous proposons donc de la modifier ainsi qu'il suit :

Son *lichen simplex aigu* devient notre *prurigo simplex acutus;* à ce type se rattache toute la série du prurigo simplex que nous venons d'étudier, dans ses formes subaiguës, chroniques, typiques et atypiques.

Son *lichen simplex chronique* devient *notre névrodermite chronique circonscrite* (Brocq et Jacquet) ; à ce type se rattachent nos névrodermites diffuses.

Son *lichen polymorphe mitis* comprend surtout des dermatoses professionnelles lichénifiées, développées chez des sujets prédisposés.

Son *lichen polymorphe ferox* est le *prurigo de Hébra.*

M. Louis Wickham. — Quand on se trouve en présence d'une éruption de lichen simplex aigu selon la description de mon maître E. Vidal, il est indiqué, pour établir le diagnostic, d'éliminer tout d'abord, entre autres lésions, les éruptions parasitaires. A l'occasion de deux cas observés depuis peu, et chez lesquels, avant l'enquête traditionnelle, je faisais d'emblée, de visu, le diagnostic de lichen simplex aigu typique, j'ai été assez surpris de trouver des contacts directs avec des chiens galeux.

La recherche de la gale, chez ces malades du service de M. le professeur Fournier, a été minutieusement et longuement faite par M. Darier, mais sans résultats positifs. Force fut donc de s'en tenir au premier diagnostic posé, celui de *lichen simplex aigu de Vidal.* Mais j'appellerai l'attention sur ce fait que l'acare du chien ne paraît pas se fixer sur la peau de l'homme et que, par suite, sa découverte doit être une pure affaire de hasard. Les rapports chronologiques concernant l'époque du début de l'éruption et l'époque à laquelle a eu lieu le contact avec le chien galeux ont, dans l'espèce, une réelle importance. Or ces rapports ont été assez étroits dans les observations que je signale. Il se pourrait donc, si ces faits se confirment, que l'on ait à introduire dans le chapitre de diagnostic du lichen simplex aigu, un *pseudo-lichen* reconnaissant pour cause la *gale du chien.*

M. Béclère. — J'ai eu l'occasion, pendant que je faisais un service de contagieux, de voir une jeune fille envoyée comme atteinte de variole et dont l'éruption, à distance, simulait à s'y méprendre la varioloïde. En l'interrogeant, on ne trouvait ni prodromes, ni fièvre. La persistance pendant quinze jours d'une papule avec croûtelle me fit penser au lichen simplex aigu. Cette malade a été envoyée à Saint-Louis : j'ai cru devoir rappeler ce fait pour montrer combien le diagnostic peut être délicat, et quelles conséquences peut avoir avoir une confusion possible entre la varioloïde et le lichen simplex.

Ulcère syphilitique de l'avant-bras datant de quatre ans. Guérison par le traitement spécifique.

Observation par le Dr Delobel, de Noyon (Oise).

Mme X..., âgée de 52 ans, cuisinière, se présente à nous le 15 novembre 1887, avec une vaste plaie qu'elle porte depuis quatre ans à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras droit.

Description de la plaie. — Cette plaie, qui occupe tout le quart inférieur de l'avant-bras, empiète en bas sur la paume de la main; au bord radial, elle avance un peu sur l'éminence thénar; au bord cubital, elle est limitée par l'articulation cubito-carpienne, mais elle dépasse le bord cubital et atteint la face opposée de l'avant-bras ; de plus, de ce côté, on voit les tendons à nu. Cette plaie aurait débuté vers 1882, et n'aurait été que peu soignée (nous avons recueilli notre observation en 1887 et, pour diverses raisons, nous n'avons cru devoir la publier plus tôt). Pas de varices, pas

M. LOUIS WICKHAM. — Quand on se trouve en présence d'une éruption de lichen simplex aigu selon la description de mon maître E. Vidal, il est indiqué, pour établir le diagnostic, d'éliminer tout d'abord, entre autres lésions, les éruptions parasitaires. A l'occasion de deux cas observés depuis peu, et chez lesquels, avant l'enquête traditionnelle, je faisais d'emblée, de visu, le diagnostic de lichen simplex aigu typique, j'ai été assez surpris de trouver des contacts directs avec des chiens galeux.

La recherche de la gale, chez ces malades du service de M. le professeur Fournier, a été minutieusement et longuement faite par M. Darier, mais sans résultats positifs. Force fut donc de s'en tenir au premier diagnostic posé, celui de *lichen simplex aigu de Vidal.* Mais j'appellerai l'attention sur ce fait que l'acare du chien ne paraît pas se fixer sur la peau de l'homme et que, par suite, sa découverte doit être une pure affaire de hasard. Les rapports chronologiques concernant l'époque du début de l'éruption et l'époque à laquelle a eu lieu le contact avec le chien galeux ont, dans l'espèce, une réelle importance. Or ces rapports ont été assez étroits dans les observations que je signale. Il se pourrait donc, si ces faits se confirment, que l'on ait à introduire dans le chapitre de diagnostic du lichen simplex aigu, un *pseudo-lichen* reconnaissant pour cause la *gale du chien.*

M. BÉCLÈRE. — J'ai eu l'occasion, pendant que je faisais un service de contagieux, de voir une jeune fille envoyée comme atteinte de variole et dont l'éruption, à distance, simulait à s'y méprendre la varioloïde. En l'interrogeant, on ne trouvait ni prodromes, ni fièvre. La persistance pendant quinze jours d'une papule avec croûtelle me fit penser au lichen simplex aigu. Cette malade a été envoyée à Saint-Louis : j'ai cru devoir rappeler ce fait pour montrer combien le diagnostic peut être délicat, et quelles conséquences peut avoir avoir une confusion possible entre la varioloïde et le lichen simplex.

Ulcère syphilitique de l'avant-bras datant de quatre ans. Guérison par le traitement spécifique.

Observation par le Dr DELOBEL, de Noyon (Oise).

Mme X..., âgée de 52 ans, cuisinière, se présente à nous le 15 novembre 1887, avec une vaste plaie qu'elle porte depuis quatre ans à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras droit.

Description de la plaie. — Cette plaie, qui occupe tout le quart inférieur de l'avant-bras, empiète en bas sur la paume de la main; au bord radial, elle avance un peu sur l'éminence thénar; au bord cubital, elle est limitée par l'articulation cubito-carpienne, mais elle dépasse le bord cubital et atteint la face opposée de l'avant-bras ; de plus, de ce côté, on voit les tendons à nu. Cette plaie aurait débuté vers 1882, et n'aurait été que peu soignée (nous avons recueilli notre observation en 1887 et, pour diverses raisons, nous n'avons cru devoir la publier plus tôt). Pas de varices, pas

le traitement spécifique (voir pièce 377 du musée de l'hôpital Saint-Louis).

La longue durée de l'ulcère sur le même point est caractéristique de cette forme grave; l'évolution périphérique est extrêmement lente, l'ulcération est toujours profonde. Aussi à l'observation de M. Delobel ajouterai-je comme sous-titre la dénomination que j'ai assignée à cette forme : *Syphilis mutilante.*

M. Fournier. — Je ne puis que confirmer ce que vient de dire M. Besnier, et je rappellerai à ce propos une malade qui m'a beaucoup frappé : c'était ma première cliente. Cette malade présentait au membre inférieur une syphilide s'étendant de la jambe à la hanche et datant de quatorze ans.

Comme M. Besnier, je ne saurais trop insister sur les deux caractères de ces syphilides : longueur de la durée et localisation prolongée.

Sur un cas de dermatite herpétiforme végétante.

Par H. Hallopeau et L. Brodier.

Il est reconnu aujourd'hui que la plupart des éruptions bulleuses peuvent amener le développement de végétations cutanées : c'est ainsi que leur production caractérise le *pemphigus végétant* de Neumann et *verruqueux* de Riehl, que M. Besnier et notre regretté collègue Quinquaud l'ont observée sous la forme de *papillomatose généralisée* dans le pemphigus foliacé, que nous-même l'avons signalée dans le *pemphigus* iodique, enfin que M. Brocq a publié un cas de *dermatite herpétiforme* dans lequel elle s'est produite avec une remarquable intensité et que M. Radcliffe Crocker l'a bien décrite dans la même dermatose.

Il semble établi que le processus auquel est due la production de la bulle amène, plus souvent que l'inflammation vésiculeuse, la prolifération du corps papillaire.

On ne peut dire cependant qu'il s'agisse là d'un fait devenu banal ; il constitue encore une exception ; c'est ainsi que nous ne le trouvons mentionné qu'une fois parmi les quarante et une observations de dermatite herpétiforme que M. Brocq a réunies dans son mémoire sur cette maladie, et qu'il n'en existe dans notre musée qu'un seul moulage. Aussi croyons-nous devoir publier le cas typique que présente le malade que nous avons l'honneur de mettre sous vos yeux ; son histoire offre d'ailleurs quelques particularités qui nous paraissent dignes d'intérêt. En voici le résumé :

Raphaël E..., âgé de 30 ans, horloger, entre le 24 mai 1893, salle Bazin, n° 21.

Les *antécédents héréditaires* n'ont rien de particulier ; son père es

mort à 39 ans de néphrite ; il a une mère et quatre sœurs bien portantes.

Lui-même, d'une constitution forte et vigoureuse, a toujours été bien portant; il n'a jamais eu de chancre. En 1886, il a été atteint d'un érysipèle de la face qui a récidivé plusieurs fois. Depuis lors, il a eu de temps en temps sur le corps des boutons accompagnés de démangeaisons auxquels il ne prêtait aucune attention. Au mois de décembre 1890, la langue se couvrit de vésicules ressemblant à des aphtes. Un mois après, les avant-bras devinrent le siège de démangeaisons et d'une rougeur accompagnée de bulles. Le mois suivant, les genoux et les cous-de-pied furent atteints ; enfin l'éruption devint générale. Elle s'accompagnait d'un prurit intense et de phénomènes fébriles, la température atteignait 39°. Les ongles sont tombés à cette époque.

Depuis lors, l'éruption se produit par poussées successives ; le malade est averti de leur prochaine apparition par des frissons, de la céphalalgie, de la diarrhée, des sensations pénibles, en même temps que les urines deviennent plus rares et plus foncées.

En avril 1891, il a eu des plaques éruptives sur le pharynx, des lésions laryngées et probablement un œdème de la glotte qui dura quinze jours et faillit nécessiter la trachéotomie. Il a été soigné à cette époque à Naples par M. de Amicis, qui a fait le diagnostic de pemphigus bulleux.

Le malade, très intelligent, rapporte qu'il s'est produit alors, au niveau des plis inguinaux et des creux axillaires, des saillies atteignant 1 centim. de hauteur. Elles ont été touchées avec la solution de perchlorure de fer. Les saillies des aisselles ont duré quatre mois et ont disparu sans laisser de trace.

A dater du mois de juillet 1891, la maladie s'améliora beaucoup et l'éruption ne fut plus dès lors représentée que par des plaques érythémateuses siégeant surtout aux avant-bras.

Depuis un mois environ, elle a repris le degré d'intensité qu'on constate aujourd'hui.

État actuel. — L'éruption occupe surtout les avant-bras et les membres inférieurs. Elle est constituée par des plaques érythémateuses saillantes et par des bulles. Les dimensions des plaques varient de celles d'un grain de chènevis à celles d'une pièce de 20 centimes. Elles sont tantôt isolées, tantôt confluentes et forment alors des placards polycycliques s'étendant à tout un membre. Les bulles sont, pour la plupart, d'assez petit volume; quelques-unes sont grosses comme une lentille ; elles se groupent par places ; leur contenu est séreux ou séro-purulent. Les saillies érythémateuses sont surtout constituées par une sorte de végétation des parties profondes du derme. L'aspect général de l'éruption rappelle beaucoup celui de certaines formes de bromisme ou d'iodisme cutanés. Les ganglions inguinaux sont très augmentés de volume. Il existe aux mains et aux pieds une desquamation en îlots irréguliers. Les ongles ne sont pas altérés.

On n'observe sur le tronc que des macules nombreuses, surtout en arrière et au-dessus des épaules, de même qu'à la partie antérieure ; ce sont les vestiges des éruptions antérieures. Quelques bulles récentes se trouvent à la région hypogastrique.

La face est actuellement intacte.

La langue est saburrale et offre quelques saillies végétantes. Il existe une excoriation sur la face interne de la joue gauche, près de la commissure labiale correspondante.

Le cœur et les poumons sont intacts.

31 mai. Le tissu sous-jacent aux éruptions bulleuses a commencé à devenir végétant aux régions inguinales et axillaires. Plus tard, les éruptions bulleuses des membres sont également devenues végétantes ; on constate actuellement que les soulèvements bulleux des membres inférieurs ont laissé à leur suite des saillies mamelonnées nettement appréciables, indurées, de coloration rouge pâle ; leurs contours sont polycycliques et marqués par un léger soulèvement de l'épiderme ; à la partie antéro-interne et supérieure de la jambe, ces saillies sont séparées par des sillons, et on distingue des bulles à leur surface.

Il s'est produit, ces jours derniers, au niveau du périnée, un petit abcès qui a été incisé hier.

2 juin. Les démangeaisons, qui ont lieu surtout au moment des poussées bulleuses, sont actuellement presque nulles.

Il existe au pourtour de l'ombilic des végétations saillantes et excoriées qui rappellent beaucoup l'aspect de plaques muqueuses. Les macules consécutives aux éruptions précédentes disparaissent sans laisser de traces.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la paume des mains et la plante des pieds ont été envahies.

L'éruption est presque confluente sur les jambes. Les éléments nouveaux apparaissent de préférence, mais non exclusivement, à la périphérie des placards anciens.

Depuis trois jours, il s'est développé des plaques vésiculeuses sur la voûte palatine.

Le soir même, le malade accuse de la céphalalgie et une dyspnée assez marquée. Les mains sont le siège de démangeaisons très vives ; aux jambes, le prurit est modéré. Le moindre contact est intolérable à la face interne de la cuisse et du genou gauches. Pouls 100 ; Temp. 37°,9.

Bains prolongés. Pansement avec de l'huile de vaseline boriquée.

Le 5. Il se fait sur les pieds, les jambes, les genoux, les mains et la nuque, de nouveaux soulèvements bulleux dont le contenu devient rapidement séro-purulent et empèse le linge. Ils sont surtout abondants aux membres inférieurs. On constate également des soulèvements bulleux sur la voûte palatine, surtout au voisinage de l'arcade dentaire, sur les parties latérales de la face dorsale de la langue, et près du frein de cet organe.

Leur contenu est séro-purulent.

Le 7, La poussée bulleuse continue à se produire sur les membres inférieurs ; elle est maintenant confluente sur le dos des pieds et à la partie inférieure des jambes. Le contenu des bulles devient rapidement purulent et se concrète en croûtes mellicériques épaisses.

Sur les avant-bras, les éléments éruptifs sont plus petits et il ne s'y forme pas de croûtes ; les sensations pénibles y sont moins vives qu'aux extrémités inférieures.

Bains prolongés. Compresses de tarlatane imprégnées d'une solution de salicylate de soude dans de l'eau de sureau.

13 septembre. Il s'est produit, il y a une dizaine de jours, une nouvelle poussée très violente. Elle s'est accompagnée d'une fièvre intense, de vomissements jaunâtres, de vives démangeaisons, et d'une diarrhée séreuse renfermant des matières muqueuses, mais pas de sang. Cette diarrhée a duré six jours, et a résisté à l'emploi du salicylate de bismuth. Pendant ce temps, l'éruption devenait de plus en plus confluente sur le corps et affectait également la cavité buccale ; la température atteignait 39°,6.

Le 29. On constate une traînée de lymphangite à la face antéro-interne de la main droite. On perçoit plusieurs ganglions volumineux et mobiles dans les régions inguinales et axillaires ; il existe également un ganglion assez gros sur la partie latérale gauche de la nuque.

Quelques jours plus tard, la maladie semble calmée et il n'existe plus que quelques rares éléments papuleux sur les membres inférieurs.

27 octobre. Le malade ressent de nouveau les phénomènes qui annoncent d'habitude l'apparition d'une nouvelle poussée : diarrhée modérée, malaise général, courbature, douleurs dans les membres inférieurs, secousses convulsives, peu intenses, mais répétées. Le début se fait par de petits placards du volume d'une lentille ; ils sont constitués par une saillie érythémateuse surmontée de vésicules. Ils forment, en s'étendant, une nappe à contours nettement polycycliques, présentant des bulles dans son aire. Les vésicules, d'abord citrines, deviennent séro-purulentes et donnent enfin lieu à la production de croûtes jaunâtres.

10 novembre. La fièvre reparaît ; la température monte à 38°,6 ; le malade a de la diarrhée, des douleurs dans les membres, des secousses dans les membres inférieurs, des maux de tête et de l'insomnie.

Une nouvelle poussée se produit. L'éruption occupe encore les avant-bras, les mains, la partie sous-ombilicale de l'abdomen et les membres inférieurs.

L'éruption est, comme dans les poussées précédentes, plus prononcée aux membres inférieurs. Elle présente d'ailleurs les mêmes caractères.

On observe des plaques érythémato-bulleuses disséminées à la nuque, sur le cuir chevelu et au pourtour de l'anus.

Salicylate de soude ; vaseline boriquée.

Le 24. Nouvelle poussée généralisée ; elle affecte particulièrement la face antérieure des avant-bras, la partie antérieure des aisselles, la région dorso-lombaire, le pubis et le menton. Elle forme des plaques dont les contours sont marqués par des séries de petites bulles autour desquelles la peau est érythémateuse et non épaissie. De nouvelles bulles ont apparu également sur l'abdomen et aux membres inférieurs. Dans leurs intervalles, se voient de nombreuses macules brunâtres provenant des éruptions précédentes. Les plaques ont un aspect végétant à la partie antéro-interne et supérieure des cuisses ; elles sont formées de saillies lenticulaires indurées dont chacune paraît répondre à une éruption bulleuse. Les mêmes éléments se retrouvent, mais moins accusés, à la partie postérieure des cuisses, sur les jambes et à la région dorso-lombaire ; leur couleur est par places d'un rouge livide. Il existe des vésicules confluentes sur les deux tiers antérieurs de la voûte palatine ; la luette est rouge et tuméfiée.

Le 29. La température atteint 40°, et il se produit encore une poussée analogue aux précédentes, affectant la cavité buccale, et surtout marquée aux membres inférieurs. Les jours suivants, la température évolue autour de 40° ; les soulèvements pustuleux s'exulcèrent et mettent le derme à nu sur la plus grande partie des membres inférieurs, tandis que le pus se concrète en croûtes grisâtres aux membres supérieurs et sur les lèvres.

13 décembre. La fièvre s'est calmée depuis cinq jours ; la suppuration a presque entièrement disparu ; cependant la pression sur quelques plaques fait encore sourdre des gouttelettes de pus. *L'éruption est actuellement constituée presque exclusivement par des végétations saillantes, isolées ou confluentes, abondantes surtout au niveau des membres inférieurs. Ces végétations font une saillie variable, atteignant par places jusqu'à 5 millim. de hauteur ; elles sont surtout accusées au voisinage des plis cutanés, au creux poplité, au cou-de-pied, à la région inguinale, à la nuque. Une plaque végétante existe également au niveau de la fossette mentonnière. Ces végétations sont d'un rouge violacé ; elles rappellent par leur aspect les éruptions iodiques ou certaines éruptions du mycosis fongoïde.* La voûte palatine est couverte de plaques saillantes et opalines.

Il s'est formé un petit abcès à la face interne de la cuisse gauche, au voisinage du périnée.

On constate encore l'adénopathie inguinale et axillaire signalée à l'entrée du malade.

Le 20. Les saillies végétantes se sont accrues. Celle du creux mentonnier a les dimensions d'une petite noisette ; elle fait un relief d'environ 5 millim. au-dessus des téguments voisins. Elle est formée par une plaque saillante surmontée d'un groupe de végétations plus petites. Ses contours sont régulièrement arrondis ; la coloration est d'un rouge violacé ; la consistance molle et fongueuse. A la nuque, les végétations forment des traînées irrégulières, longues d'environ 1 centim. Des plaques semblables se retrouvent dans l'aisselle gauche où elles affectent la forme d'un fer à cheval, sur le dos où elles sont irrégulièrement disséminées et à la partie supéro-interne des cuisses. Le malade assure qu'un certain nombre d'entre elles n'auraient pas été précédées de bulles (?).

3 janvier. Il s'est fait les jours derniers une légère poussée éruptive sur les membres. Les végétations de l'aisselle gauche ont disparu ; il en existe encore dans l'aisselle droite et leur aspect rappelle celui des végétations syphilitiques.

Le 5. La saillie végétante du menton fait encore un relief d'environ 5 millim. sur les parties avoisinantes ; elle mesure 15 millim. de large sur 10 millim. de long. Elle est actuellement composée de plusieurs lobules distincts séparés par des sillons qui arrivent au contact de la peau saine. A sa périphérie se voient quelques vésico-pustules. La moitié supérieure du tronc est presque indemne en avant et en arrière. Celui-ci présente, dans sa moitié inférieure et au niveau des seins, des macules consécutives aux éruptions précédentes ; ce sont pour la plupart des taches jaune brunâtre ne disparaissant pas sous la pression du doigt ; un grand nombre sont décolorées à leur centre et entourées à leur périphérie d'une zone pigmentée plus sombre. Quelques-unes ont une coloration rouge qui dis-

paraît sous le doigt. Ces macules sont surtout abondantes dans le dos, sur la ligne médiane, à partir de l'épine de l'omoplate. On perçoit encore à la région lombaire quelques éléments croûteux et des indurations plus ou moins saillantes. La partie antérieure de l'abdomen présente les mêmes macules, brunâtres, nombreuses, surtout dans les régions iliaques, en même temps que des plaques saillantes de coloration rouge vif. Il existe à la partie inférieure de l'ombilic une série de papules indurées, rougeâtres, groupées en demi-cercle à concavité supérieure.

Les mêmes végétations sont disséminées sur le cuir chevelu et groupées à la nuque en un placard qui mesure 4 centim. de large sur 3 centim. de long. Un certain nombre de ces saillies portent encore des vésico-pustules à leur sommet.

Sur le membre supérieur droit, on trouve les mêmes éléments ; il existe à la partie antérieure de l'avant-bras plusieurs groupes irrégulièrement circulaires de bulles avortées.

L'aisselle droite est occupée par des saillies formant deux groupes principaux. L'un d'eux est situé sur la face interne du bras ; il est irrégulièrement circulaire et mesure 4 centim. de diamètre. Il est formé de végétations saillantes d'environ 3 millim., dures, inégales, rugueuses et divisées par des sillons. L'autre groupe occupe la partie correspondante du thorax ; les végétations qui le composent forment une saillie d'environ 4 millim., elles sont également lobulées et cloisonnées; elles sont réunies en forme d'un fer à cheval ouvert en dehors et tout le contour mesure 7 centim.; on trouve à leur périphérie des éléments semblables, mais moins volumineux. (Voir le moulage de M. Baretta).

Le membre supérieur gauche présente la même éruption, mais les saillies végétantes y ont disparu.

Aux membres inférieurs, on trouve ces éléments aux diverses périodes de leur évolution. Au-dessus du genou droit, il existe une plaque composée de bulles incomplètement développées et formant un cercle irrégulier de 5 centim. de diamètre. Une bulle récente s'est développée à la partie externe de la jambe gauche. Les pieds sont le siège de plaques érythémateuses avec desquamation. Les régions inguinales sont occupées par des saillies végétantes déjà énumérées, confluentes et cloisonnées par des sillons. Ces saillies se trouvent aussi au pourtour de l'anus.

La muqueuse buccale est intacte sauf au voisinage de la commissure labiale gauche, où il existe une plaque blanchâtre.

Les ganglions inguinaux et axillaires sont tuméfiés ; un de ceux-là présente le volume d'une petite noix.

Le prurit est modéré et n'existe qu'au niveau des plaques.

Les ongles des doigts et des orteils présentent des stries transversales et des sillons multiples.

Il n'est pas douteux que nous n'ayons affaire au type clinique qui a été décrit sous le nom de dermatite herpétiforme : les poussées successives, l'intensité du prurit, la conservation depuis plusieurs années d'un état général relativement satisfaisant ne peuvent laisser de doutes à cet égard.

Nous mentionnerons, comme phénomènes dignes de remarque, la fréquence des poussées qui se renouvellent constamment à quelques jours d'intervalle, ainsi que l'intensité et le caractère tout particulier des prodromes qui les annoncent ; le malade les accuse chaque fois ; ils consistent en des frissons, de la céphalalgie, de la dyspnée, des douleurs dans les membres, de petites secousses convulsives, des selles diarrhéiques, de l'insomnie, des démangeaisons intenses et une hyperesthésie telle que les contacts les plus légers sont péniblement supportés ; nous ne connaissons pas d'observations dans lesquelles le malade les ait analysés aussi complètement avec une égale précision. Les saillies végétantes ont les mêmes caractères que dans l'observation 27 de M. Brocq, ainsi que dans les faits signalés par M. Radcliffe Crocker : elles se développent constamment à la suite des éruptions bulleuses ; elles sont surtout nombreuses et volumineuses au niveau des plis articulaires, mais elles ne leur sont pas limitées, car on les a vues se produire sur toute la surface des téguments, témoin celle qui occupe le creux mentonnier. Leur ressemblance avec des végétations syphilitiques est frappante.

Ces végétations n'ont qu'une durée passagère : au bout de quelques semaines elles s'affaissent et finissent par disparaître, sans laisser d'autres traces que des macules brunâtres.

La conservation, chez ce malade, d'un état général relativement satisfaisant est remarquable : car chacune de ses poussées bulleuses si fréquentes s'accompagne, au début, d'une hyperthermie qui avoisine ou atteint presque constamment 40° et, d'autre part, la production des bulles sur toute la surface du corps est une cause d'affaiblissement, en même temps que les suppurations consécutives peuvent être causes d'intoxication.

Nous insisterons encore une fois, en terminant, sur les différences qui distinguent ces dermatites herpétiformes végétantes de la maladie que l'un de nous a décrite sous le nom de *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique* : l'une est une maladie générale dans laquelle les poussées bulleuses se font simultanément sur toute la surface du corps, ou dans les foyers auxquels elle est limitée ; ses éruptions sont symétriques ; elles sont bulleuses ; l'autre est circonscrite à un certain nombre de foyers, distribués sans règle apparente, évoluant indépendamment les uns des autres par auto-inoculation et se propageant incessamment de proche en proche aussi longtemps que l'on n'intervient pas par un traitement local ; celui-ci réussit à les enrayer, alors qu'il est sans aucune action sur les manifestations de la dermatite herpétiforme et des autres variétés de pemphigus : nous avons déjà énuméré la plupart de ces arguments ; ils nous paraissent applicables au fait publié par MM. Hudelo et Wickham.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les faits qui résultent de ce travail.

1° *La plupart des éruptions bulleuses peuvent amener le développement de saillies végétantes ;*

2° *Le processus auquel est due la production de la bulle amène plus souvent que l'inflammation vésiculeuse, la prolifération du corps papillaire ;*

3° *Dans la dermatite herpétiforme, les saillies végétantes peuvent être généralisées ; elles prédominent au voisinage des plis articulaires ;*

4° *Elles n'ont qu'une durée passagère et disparaissent au bout de quelques semaines, sans laisser d'autres traces que des macules ;*

5° *Les bulles qui leur donnent naissance se produisent par poussées généralisées et non par auto-inoculations ; le traitement local est sans action sur elles et ne peut en aucune mesure en enrayer le développement ; elles diffèrent ainsi essentiellement des vésico-pustules par lesquelles progresse la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ;*

6° *Il faut compter, parmi les manifestations prodromiques des poussées de dermatite herpétiforme, la céphalalgie, la dyspnée, la diarrhée, l'hyperesthésie, les douleurs dans les membres et les secousses convulsives ;*

7° *Il est probable que ces symptômes sont dus, pour la plupart, à l'altération du sang par les toxines qui vont ultérieurement irriter le tégument externe et sans doute s'éliminer par sa surface ;*

8° *La diarrhée, coïncidant avec les éruptions buccales et palatines, peut faire soupçonner l'existence d'un exanthème intestinal analogue à l'éruption cutanée ;*

9° *Malgré des poussées incessamment renouvelées sur toute la surface du corps avec hyperthermie initiale, l'état général peut rester relativement satisfaisant ;*

10° *Les poussées éruptives peuvent envahir le larynx et donner lieu à de l'œdème de la glotte ;*

11° *Elles peuvent, comme dans les érythèmes polymorphes, intéresser en premier lieu les avant-bras, les genoux et les cous-de-pied.*

M. Louis Wickham. — Mon cher maître, M. Hallopeau, dans le cours de sa communication, en parlant du malade que M. Hudelo et moi avons présenté à la Société de dermatologie le 10 décembre 1891 sous l'épithète suivante : « *Variété pustuleuse et végétante de la dermatite herpétiforme de Duhring* », rappelle son opinion déjà énoncée à la séance du 14 janvier 1892 de la Société de dermatologie, que dans ce cas il s'agissait non point d'une « dermatite de Duhring », mais de sa « *Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique* ». J'avoue que dans les

premiers mois du séjour de notre malade, alors qu'il ne présentait de lésions qu'à la main gauche, aux régions périnéales et scrotales et aux muqueuses buccales, j'étais convaincu d'avoir affaire à un nouveau cas de la « maladie d'Hallopeau ». Ayant pu suivre de très près pendant une année entière le malade qui a constitué la base même de la remarquable description de mon maître (j'avais précisément le grand honneur d'être son interne à cette époque), la similitude entre les deux cas, le nouveau et l'ancien, ne pouvait guère m'échapper. Il s'agissait bien, en effet, de pustulettes en foyers s'étendant par progression excentrique, par germination locale. Si le malade n'avait pas eu d'autre histoire, nous aurions conservé notre premier diagnostic, celui de « maladie d'Hallopeau ». Il ne paraissait pas alors que l'on pût en faire d'autre; l'histologie pratiquée par M. Darier est venue le confirmer. Au reste, l'opinion de mon maître est la plus sûre garantie que nous puissions donner de la similitude parfaite et vraiment remarquable qui existait entre les éruptions buccales, périnéo-scrotales et de la main gauche chez notre malade et les lésions de la « dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ». On peut comprendre à quel point nous fûmes surpris, M. Hudelo et moi, de voir survenir tout à coup sur les deux bras une éruption prurigineuse par poussées subintrantes, constituée d'éléments annulaires, circinés, érythémato-papuleux et vésiculeux présentant tous les caractères de la dermatite de Duhring. (Le malade avait pris de l'iodure de potassium, mais la cessation du médicament n'amena pas la moindre amélioration.)

Fallait-il donc considérer cette éruption nouvelle comme absolument indépendante de la première? Cette opinion, bien difficile à accepter, ne nous fut pas permise en raison de l'histologie pathologique antérieure du malade. Mes maîtres Vidal et Brocq l'avaient soigné en 1887 d'une dermatite de Duhring, sans contestation de diagnostic possible. (L'histoire du malade a été résumée à l'observation 27 du mémoire de M. Brocq, paru en 1888 dans les *Annales de dermatologie*, sur la dermatite de Duhring.)

Or à cette époque notre malade, entre autres lésions, eut au pied et dans la bouche des lésions analogues à celles qu'il offrait en 1891 à la main et dans la bouche. Celles-ci ont été reconnues par Vidal lors de notre présentation.

Il me paraît donc bien difficile de modifier le diagnostic que nous avons porté, M. Hudelo et moi, d'une *forme végétante et pustuleuse de dermatite de Duhring*.

M. Brocq. — Le malade dont il est question a été décrit dans mon travail comme atteint de dermatite papillomateuse. C'est le seul malade chez lequel j'aie observé ces productions végétantes. Il y a différentes localisations de ces papillomes. Je signale comme caractéristique la pérennité de ces végétations, qui n'ont disparu qu'après plusieurs mois d'évolution. Enfin mon malade présentait dans le service de M. Vidal les symptômes nets de la dermatite herpétiforme de Duhring. Il avait des pustules érythémateuses vésiculeuses, érythémato-bulleuses. Il ne pouvait pas s'agir d'inoculation. L'éruption n'est devenue pustuleuse que là où elle est devenue végétante, aux mains et aux pieds. Ce n'est que plus tard qu'elle a présenté les particularités que M. Wickham a signalées.

J'ajoute que chez le malade de M. Hallopeau, comme chez le mien, il y a une lésion intrabuccale des plus accentuées, lésion qui chez mon malade a mis un temps prolongé pour disparaître.

M. Hallopeau. — Il serait intéressant de pouvoir étudier de nouveau le malade de MM. Hudelo et Wickham pour rechercher si le traitement local a une action sur les lésions cutanées et s'assurer qu'elles progressent bien réellement par auto-inoculations, car ces faits seraient en contradiction avec ce que l'on observe dans la dermatite herpétiforme de Duhring et particulièrement chez le malade que nous venons de présenter.

M. Barbe. — Les urines ont-elles été examinées au sujet de la polyurie et de l'albuminurie ?

M. Hallopeau. — L'examen a été complètement négatif.

Métrite blennorrhagique (gonococcienne) avec salpingo-ovarite concomitante. — Phlébite du membre inférieur gauche.

Par J. Eraud (de Lyon).

Tel est le titre d'une observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société, ayant trait à une complication fort rare survenue dans le cours de la blennorrhagie.

Il s'agit d'une femme, âgée de 32 ans, qui n'a jamais eu ni scrofule, ni rhumatismes, et d'une bonne santé habituelle. Premières règles à 14 ans; depuis elle a eu une menstruation à peu près régulière. Vers 15 ou 16 ans, les règles seraient devenues un peu douloureuses. Entre 21 et 22 ans, et coïncidant avec une époque menstruelle, serait apparue l'hystérie, dont la malade présente souvent les grandes crises. Mariée depuis six ans, elle a eu, il y a quatre ans, une petite fille, avec suites de couches normales. Depuis trois ans, elle avait des rapports avec un amant qu'elle vit pour la dernière fois au mois de septembre 1891. Un mois environ après, elle présenta une sorte de maladie caractérisée par de la fièvre, de la courbature, des troubles digestifs, maladie qui fut diagnostiquée *fièvre intermittente* par les médecins qui la soignaient, jusqu'au jour où apparut sur le tronc une éruption papuleuse. Cet état pyrétique aurait duré six semaines à deux mois, paraît-il, et n'aurait pris fin qu'avec l'éruption secondaire. Presque à la même époque, elle éprouva des douleurs assez vives dans les fosses iliaques, en même temps qu'elle accusa des pertes jaunâtres, purulentes.

Quoi qu'il en soit, je la vois, pour la première fois, le 24 novembre 1892, soit un an après le début de ses accidents. Elle m'apprend que, depuis le mois de janvier dernier, elle a pris 120 pilules de Dupuytren et qu'elle a fait à quatre ou cinq fois différentes des frictions mercurielles pendant sept à huit jours. A la date de ce jour, je ne constate point d'éruption sur le corps, mais il persiste aux deux poignets une éruption maculeuse, rouge jambon,

non prurigineuse. Plaques opalines sur la langue, les amygdales. Pas de plaques vulvaires ou anales. (Traitement Hg.)

14 décembre 1892. Aujourd'hui l'éruption des poignets a quelque peu pâli, mais persiste encore; quelques plaques sur les amygdales, la malade n'a pas pissé depuis trois heures : je recueille au méat, après pression, une goutte séro-purulente. Le col utérin est gros, rouge, un peu ulcéré en dedans. Elle accuse en outre, dit-elle, quelques douleurs dans le ventre et quelques pertes, qu'elle fait dater de l'époque où elle contracta la syphilis. Du reste, quelques semaines après son dernier coït avec son amant, elle se plaignit d'envies fréquentes d'uriner, avec douleur assez forte : pour cela, on lui pratiqua deux à trois lavages de la vessie. Examen micrographique de la *sécrétion uréthrale* qui est blanchâtre, épaisse, et est constituée en grande partie de globules purulents, dont un grand nombre sont jeunes; mais je ne trouve point d'îlot de gonococci. *Sécrétion utérine.* Deux préparations : l'une, faite avec le pus pris dans le col, la deuxième avec la sérosité vaginale recueillie après grattage. Toutes deux sont riches en leucocytes jeunes avec noyaux multiples. Dans l'une, je trouve un îlot moitié intra, moitié *extraglobulaire de gonocoques.*

16 janvier 1893. Une ou deux plaques amygdaliennes. Point de douleur à la miction. Le col utérin est gros, un peu congestionné, mais ne présente pas d'ulcération, ni même d'érosion. A la curette, on fait saigner facilement, la sérosité sanguine est soumise à l'examen microscopique. *Sécrétion utérine.* Deux préparations : toutes deux sont constituées par beaucoup de globules blancs relativement jeunes, beaucoup de mucus; somme toute, ce sont des préparations à caractères inflammatoires, mais c'est en vain que j'y cherche un îlot de gonocoques. J'ai bien vu deux ou trois cocci qui, isolés, en imposent pour le gonocoque, mais est-ce suffisant pour affirmer son existence? *Sécrétion uréthrale*, constituée également par un grand nombre de leucocytes relativement jeunes, et un non moins grand nombre de cellules épithéliales. Mais toujours pas d'îlot de gonocoques. Il me semble pourtant que cette sécrétion est un peu moins inflammatoire que celle examinée le mois dernier (je lui pratique une première instillation intracervicale, 1/50).

Le 23. Le col est moins congestionné. Je recueille, avec la curette, deux préparations qui, toutes deux, présentent un caractère nettement inflammatoire, mais où il y a également beaucoup de glaires, de mucus, mais c'est en vain que j'y cherche un îlot. *Sécrétion uréthrale* est plus banale, constituée presque uniquement de cellules épithéliales et de quelques globules en général vieux. (La sécrétion uréthrale est donc aujourd'hui vulgaire, ou à peu près, tandis que la sécrétion utérine présente un caractère vraiment inflammatoire, bien que moins accusé que les fois précédentes.)

9 février. Col un peu tuméfié, cavité cervicale un peu dilatée et laissant écouler un pus sanieux, sanguinolent au microscope. *Sécrétion utérine* est constituée par des globules purulents à noyaux multiples, beaucoup de glaires, de mucus; mais les éléments jeunes y sont moins nombreux qu'autrefois. *Sécrétion uréthrale* renferme un grand nombre de cellules épithéliales et en outre un assez grand nombre de leucocytes

relativement jeunes. Il y a donc à nouveau un caractère inflammatoire dans la sécrétion uréthrale, caractère plus marqué que lors du dernier examen, et paraissant plus marqué que pour la sécrétion utérine.

Le 21. Je lui ai pratiqué 9 instillations intracervicales à 1/50. Le col n'est ni gros ni ulcéré, mais il paraît toujours y avoir une certaine sécrétion séro-purulente. *Sécrétion utérine,* toujours très riche en leucocytes en grande partie jeunes, mais c'est toujours en vain que je cherche un îlot intraglobulaire. Je vois quelques cocci isolés, mais il est impossible de dire qu'on ait affaire au gonocoque. *Sécrétion uréthrale* est par contre de constitution presque banale, bien qu'il y ait encore quelques leucocytes relativement encore jeunes. (Il est donc hors de doute que la blennorrhagie utérine persiste assez intense.)

16 juin. Se trouve bien, et cela depuis cinq à six semaines surtout. Quelques plaques sur les amygdales, mais ni céphalée, ni éruption quelconque. Du côté du ventre, point de douleurs et pas de pertes appréciables. Le col utérin est un peu gros, entr'ouvert, mais ne présente ni érosions ni ulcérations. Du col sort un gros bouchon presque purulent, blanc jaunâtre, qui, *a priori,* dénote un certain caractère inflammatoire. Deux préparations : l'une est fournie par la sécrétion purulente recueillie à l'orifice externe, la deuxième provient du grattage du col qui saigne facilement au contact de la curette. Dans toutes deux, je trouve un certain nombre de leucocytes jeunes, mais c'est en vain que je cherche un îlot de gonococci. Le reste des préparations contient des granulations, des amas de mucus et des cellules muqueuses. Somme toute, il y a encore là un état inflammatoire.

12 juillet. La malade revient en accusant une céphalée tenace qui dure depuis dix jours environ, céphalée gravative, déprimante, en étau, mais qui n'empêche point le sommeil. Pas de vertiges, pas d'irrégularité dans la marche. Depuis quelque temps, la malade accuse de nouveau des douleurs dans le bas-ventre, et présente quelques pertes ; les dernières règles ont été douloureuses. Le col est rouge, et plus gros que lors du dernier examen. Je recueille une goutte séro-purulente, épaisse, et de plus, la curette fait saigner facilement la cavité intra cervicale. Au microscope, les préparations sont constituées par un grand nombre de globules sanguins et de leucocytes jeunes. Beaucoup de glaires, de mucus, mais toujours pas d'îlot de gonocoques intraglobulaire ; je suis frappé aussi de la rareté des parasites, car, à vrai dire, je n'en ai observé que deux ou trois ; mais sans aucun doute, il y a toujours là une inflammation très nette.

26 octobre. Après plus de trois mois, elle revient me voir. Elle m'apprend qu'elle ne s'est pas mal portée pendant six semaines à deux mois, mais que, depuis près d'un mois, elle a commencé à maigrir, à avoir de l'inappétence. De plus, elle accuse assez souvent des douleurs dans les fosses iliaques, la droite surtout. Il y a cinq à six jours, a eu trois à quatre rapports avec son amant dans l'espace de deux à trois heures ; depuis cette époque (y a-t-il coïncidence ou véritable influence ?) elle éprouve des envies plus fréquentes d'uriner et des pertes muco-purulentes, du malaise général, des frissons et en même temps de la fièvre qui, depuis deux jours, oscille entre 38° et 39°. Son ventre est douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre et du flanc

droit; la matrice, très appréciable par le palper abdominal, est tuméfiée et douloureuse à la pression. Le toucher vaginal réveille de la douleur, par la compression du col, du corps et des annexes. Le col est rouge, entr'ouvert; de l'orifice externe s'écoule un pus séro-purulent, épais. Plusieurs préparations de sécrétion utérine sont faites : toutes, à l'examen microscopique, dénotent une constitution vraiment imflammatoire, car on n'y trouve que globules blancs jaunes et globules sanguins, mucus. Après un examen prolongé, je trouve un *îlot très net de gonococci intraglobulaire,* et dans deux ou trois autres points de gonococci épars, au nombre de deux, trois. La sécrétion uréthrale n'est pas examinée. (Je lui conseille injections vaginales chaudes, vésicatoire sur le ventre, repos au lit.)

Le 28. Les douleurs abdominales persistent aussi vives et la fièvre continue. Elle accuse en même temps de la toux, mais rien d'anormal à l'auscultation. Urines troubles, fortement chargées d'urates, mais ni albumine ni sucre.

Le 31. Continuation de la fièvre et des douleurs.

La malade accuse en outre une forte pesanteur presque douloureuse dans le bas des reins. Elle paraît avoir des nausées, mais pas de vomissements, si ce n'est quelquefois à la suite de la toux.

4 novembre. Persistance de la douleur dans le bas des reins.

La malade accuse une sorte de crampe dans les membres inférieurs, le gauche en particulier (application de quatre sangsues sur l'hypogastre).

Le 7. La douleur dans les reins est toujours accusée ainsi que la fièvre. La malade offre une pâleur terreuse. Langue sale. Inappétence absolue, ne s'alimente presque pas : c'est tout au plus si elle prend un peu de bouillon et de champagne. La malade accuse surtout dans le mollet une douleur sourde et gravative; le mollet est, en effet, empâté et douloureux suivant le trajet des vaisseaux médians profonds.

Le 8. La malade a souffert beaucoup toute la nuit : tout sommeil a été impossible. Aujourd'hui le mollet est atteint d'un gonflement œdémateux considérable; la peau tendue est mate, lisse avec rougeur diffuse; il semble qu'il soit le siège d'une véritable lymphangite réticulaire ou d'un phlegmon diffus. Mais, en pressant et en palpant profondément, on s'aperçoit que tout le long des vaisseaux profonds la douleur est excessivement aiguë et que la pression est difficilement supportée par la patiente. Je constate, en outre, une légère douleur ainsi que de la tuméfaction le long des vaisseaux, du creux poplité à l'arcade crurale.

Le 9. Rougeur un peu moins vive du mollet, mais palpation toujours fort sensible; aujourd'hui les douleurs occupent à la fois le ventre, le bas des reins et le membre inférieur gauche qui est remué avec difficulté. La douleur est ressentie sur le trajet de la saphène crurale, et surtout au niveau du mollet. Toujours inappétence et amaigrissement.

Le contour de la cuisse malade est de 48 centim., alors que la cuisse droite mesure 46 centim.

Le 10. Aujourd'hui, on constate que la douleur est moins forte à la palpation du mollet. En comprimant profondément, on peut sentir, bien que pas très nettement, un cordon dur et rénitent, douloureux, chaud, sur une étendue de 10 à 12 centim. environ. De sorte que le diagnostic de

phlébite profonde des veines du mollet est nettement posable ; mais en remontant au creux poplité, on sent en ce point un autre noyau induré, fort douloureux à la pression. La même douleur est appréciable en remontant le long des vaisseaux cruraux, mais ici le cordon n'existe pas aussi manifeste qu'au niveau du mollet, tout le membre abdominal est œdématié, surtout au niveau du mollet. Pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Point de rougeur le long du membre. La douleur des reins et du ventre a diminué. A l'examen au spéculum, je trouve le col rouge, la portion cervicale de l'utérus tuméfiée. Il s'écoule toujours un pus jaunâtre, épais. *Sécrétion uréthrale* constituée pour la plus grande partie de cellules épithéliales, mais en plusieurs points je trouve des leucocytes relativement jeunes, j'y rencontre beaucoup de cocci, mais qui ne présentent pas le caractère du gonocoque ; du reste, il n'y a aucun îlot pathognomonique. La *sécrétion utérine* ne comprend guère que des leucocytes jeunes, mais je ne trouve pas d'îlot. Dans trois ou quatre points, j'ai trouvé deux à trois gonococci disposés dans l'intérieur de globules purulents. (Il est étrange, comme du reste je l'ai déjà noté maintes fois dans la métrite blennorrhagique, de trouver si peu de parasites au milieu d'un processus si inflammatoire.)

Le 11. Douleur moins vive au niveau du mollet, bien que l'œdème persiste, le cordon veineux est moins appréciable. Le trajet de la saphène interne est toujours sensible et douloureux, la cuisse mesure aujourd'hui 50 centim., elle est plus infiltrée que la veille. Le ventre reste toujours douloureux surtout du côté droit, mais n'est pas ballonné. La langue est moins saburrale, mais les vomissements glaireux se produisent toujours de temps en temps. Continuation de la fièvre. Le facies est toujours terreux, mais la malade ne s'amaigrit guère.

Le 14. Il s'est produit une certaine détente dans l'état général. La malade commence à manger. La pression est à peine douloureuse, même profondément sur le trajet des vaisseaux du mollet, mais je constate une tuméfaction très notable au-dessous du pli de l'aine, sur le trajet de la veine saphène, au niveau de son abouchement dans la fémorale, tuméfaction représentant un cordon, de 6 à 8 centim. de longueur et fort douloureux au toucher. La pression est presque insensible sur tout le reste de l'étendue des vaisseaux du membre, même au niveau du creux poplité. Par contre la cuisse malade (gauche) est grandement œdématiée ; son pourtour mesure 52 centim., alors que la cuisse saine mesure 44 centim. : il y a donc une différence de 12 centim. Mollet malade 36 centim., jambe saine 32 centim. Abdomen à peine douloureux, persistance d'une fièvre légère, urines rares.

Le 18. Fièvre à peu près disparue. Plus de douleur, ni au mollet ni à la cuisse ; seul le trajet de la saphène, dans sa partie supérieure, est douloureux encore à la pression jusqu'à l'arcade. Le membre reste toujours tuméfié, œdématié. La cuisse malade mesure 52 centim. La malade vient d'avoir ses règles qui n'ont point été douloureuses. Col utérin moins rouge. *Sécrétion utérine* est constituée de glaires, de mucus, d'un fort grand nombre de globules purulents, mais en général moins jeunes que lors du dernier examen. Je n'ai point trouvé de gonococci soit en îlots, soit même

épars. L'appétit revient graduellement. La malade accuse toujours une certaine douleur dans la fosse iliaque droite. (Tampon ouaté iodoformé.)

Le 24. La douleur le long des vaisseaux a complètement disparu ; aujourd'hui on constate de l'œdème du pied qu'on n'avait pas observé jusqu'à ce jour ; en même temps la malade accuse à la pression de la plante du pied, au niveau des têtes des métatarsiens, une douleur un peu vive. Le ventre reste toujours sensible en même temps que les annexes restent toujours engorgés. Hier et avant-hier, la malade a eu une perte de sang assez considérable, complètement arrêtée depuis cette nuit. La fièvre persiste toujours ainsi que l'anorexie.

Le 27. Il y a amélioration très nette de l'état général. Le membre malade n'est plus douloureux. Par contre, la malade accuse toujours de la douleur au niveau des annexes du côté droit, il y a même un foyer de périmétrite localisé de ce même côté. Le col utérin est toujours entr'ouvert, quoique non ulcéré, ni rouge. *Sécrétion utérine.* Deux préparations : toutes deux sont constituées presque exclusivement de leucocytes presque tous jeunes, avec cela un peu de mucine. Ce n'est qu'au bout *d'une heure* de patientes recherches que je trouve dans un globule *un îlot pathognomonique de gonococci*, mais je n'en ai pas trouvé d'autres. Les quelques cocci rares, épars, que j'ai aperçus, sont-ils des gonococci ? C'est peut-être probable, mais en tous cas, pas de parasites d'autre forme. (Tampon à l'icthyol.)

Le 30. La malade est complètement guérie de la phlébite, mais elle accuse toujours de la douleur dans l'hypogastre. L'utérus, légèrement dévié à droite, n'est presque pas tuméfié et est à peine sensible à la pression, mais l'ovaire droit est douloureux. La trompe du même côté se présente sous la forme d'un cordon empâté, induré, assez sensible à la pression.

7 décembre. Point de fièvre, mais le ventre reste douloureux. On sent manifestement un cordon induré comprenant à la fois et la trompe et l'ovaire droits dont la pression est toujours sensible : Légère sensation douloureuse à gauche. Du col utérin s'écoulent des pertes muco-purulentes épaisses et la cavité intracervicale saigne toujours facilement sous le grattage de la curette. *Sécrétion utérine* toujours très riche en leucocytes jeunes, en mucine, mais je n'ai pu, malgré des recherches patientes, y voir de gonocoques ni en îlots, ni même épars.

Le 22. Vient d'avoir ses règles ; l'empâtement, la tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, qui existait au niveau des annexes droites, a presque complètement disparu ; il persiste encore un peu d'induration sensible à la pression. La malade accuse toutefois toujours quelques coliques sourdes et quelques douleurs dans le bas des lombes. Toujours peu de fièvre. Appétit normal. Le col utérin est un peu rouge, mais notablement moins congestionné ; les pertes sont peu abondantes. A la curette, la cavité intracervicale saigne moins facilement. *Sécrétion utérine*, quoique présentant toujours un assez grand nombre de globules purulents jeunes, dénote un processus inflammatoire moins intense que lors du dernier examen. Malgré des recherches assez longues, je n'ai pu y découvrir un îlot pathognomonique de gonocoques. *Sécrétion uréthrale* est constituée pour la

plus grande partie de cellules épithéliales et de quelques leucocytes déjà anciens.

Le 28. Le membre malade a récupéré complètement ses fonctions ; mais la malade présente toujours des pertes jaunâtres, et de plus, accuse toujours une très grande sensibilité du côté des annexes.

Plusieurs déductions intéressantes sont à tirer de cette observation. D'abord, le fait, — que je ne ferai que signaler en passant, — de cette syphilis secondaire qui s'accompagne de fièvre et qui pendant un certain temps donne l'illusion d'une *fièvre intermittente* jusqu'au jour où apparaît l'éruption.

Mais ce que je veux retenir surtout ici, et ce qui fait avant tout l'objet de cette publication, c'est la constatation et l'existence de la *phlébite* dans le cours de la blennorrhagie. Car c'est bien une *phlegmatia dolens* observée ici. C'est peut-être même la première observation de ce genre ayant trait à une femme, tous les cas publiés jusqu'ici se rapportant à des hommes.

Qu'il me suffise de rappeler qu'il ne peut s'agir ici ni d'une septicémie chirurgicale, ni d'accidents puerpéraux, car il n'y a eu ni plaie quelconque, ni grossesse, ni fausse couche. Nous sommes très certainement en présence d'une phlébite blennorrhagique proprement dite, car la malade n'a eu à aucun moment ni rhumatismes, ni troubles cardiaques, ni inflammation articulaire. Mais cette phlébite est-elle due à l'action directe du gonocoque ou bien est-elle le résultat d'une infection secondaire? C'est là une question à laquelle nous ne pouvons répondre d'une façon affirmative, puisque nous n'avons pu rechercher dans la veine enflammée le micro-organisme soupçonné, ou bien faut-il faire intervenir l'existence d'un ferment qui, formé au niveau de la paroi modifiée, a déterminé aux dépens du fibrinogène du sang la précipitation de la fibrine? La syphilis, le mauvais état général, l'hypoglobulie sont-ils des facteurs à invoquer ici en faveur de l'endophlébite? En tout cas, le sang examiné à deux ou trois reprises ne nous a point montré la présence du microbe de Neisser; du reste, il est de règle, même dans les infections *totius substantiæ* produites, — comme dans le cas actuel — par la blennorrhagie, qu'on ne retrouve pas le gonocoque. La cause déterminante est donc à préciser, mais ce sur quoi on peut insister ici, c'est la présence non douteuse et confirmée à deux ou trois reprises de la présence du gonocoque dans la sécrétion utérine.

Pourrait-on aujourd'hui, avec les quelques cas connus, tracer l'histoire de la phlébite blennorrhagique? Cela est peut-être encore difficile, vu le petit nombre de cas et vu surtout les détails parfois suspects fournis par ces observations. Il semble toutefois qu'on puisse avancer que la phlébite ne se localise pas d'une façon absolue sur un point : le caillot migrateur ou mieux la coagulation se produit

dans différents points, successivement et par degrés. Un autre point à signaler, c'est que la phlébite blennorrhagique paraît de durée relativement courte, et qu'elle ne semble pas présenter de dangers aussi sérieux, aussi graves que les autres variétés de phlébites, tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue de l'impotence du membre touché.

Élections pour 1894.

Président d'honneur.................... MM. ROLLET.
Vice-présidents........................ FOURNIER.
MAURIAC.
DOYON.
2 *membres du comité de direction*...... BROCQ.
TENNESSON.
1 *membre titulaire*..................... GASTOU.

Le secrétaire,
F. VERCHÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 4 juillet 1893.

Président: M. G. Lewin. — *Secrétaire:* M. O. Rosenthal.

Lichen moniliforme verruqueux.

M. Gebert présente de la clinique de M. Blaschko un cas de tuméfaction singulière localisée aux parties inférieures des deux cuisses et développée davantage au côté gauche qu'au côté droit. Il s'agit d'un ouvrier de 65 ans qui date le commencement de son mal de cinq ans, où il ressentit de fortes démangeaisons à la cuisse gauche au-dessus de la malléole interne, ce qui le força à se gratter fortement. A cette place se forma une tumeur qui a lentement augmenté de dimensions.

Plus tard l'autre jambe fut aussi prise. Les tumeurs sont petites, solides, mais fendillées comme des verrues, se trouvent au côté interne de la jambe et suivent le cours de veines fortement ectasiées. Elles sont entourées en partie d'un eczéma lichénoïde et leur plus grande hauteur est de 1 à 2 centim. Elles ont le plus de ressemblance avec des verrues ordinaires, mais leur structure microscopique en diffère ; car, tandis que ces dernières se développent principalement des éléments épithéliaux, celles-là ont leur origine dans le chorion. On voit des cellules du tissu conjonctif avec de longs noyaux et à quelques endroits des tas de cellules rondes. Ces tumeurs ont encore la plus grande ressemblance avec la tuberculose anatomique et la tuberculose verruqueuse, mais elles en diffèrent par le manque d'une zone périphérique érythémateuse et de suppuration. Quant à l'eczéma lichénoïde, M. G. croit qu'il est secondaire, mais il n'est pas non plus impossible qu'il s'agisse d'un lichen verruqueux. En ce cas l'affection ressemble beaucoup au lichen moniliformis décrit par Kaposi, dénomination à laquelle on pourrait encore ajouter le mot « verruqueux ».

Zona bilatéral de la troisième branche du trijumeau.

M. Palm présente un enfant avec un zona bilatéral de la troisième branche du trijumeau, qui s'est développé tout à coup au deuxième jour d'une angine folliculaire dans le délai de quelques heures, sous des sensations de picotement. Que le zona se développe dans le voisinage d'organes malades, c'est un fait assez connu, mais M. P. ne voudrait décider si c'est le cas ici ou si le zona et l'angine se sont développés par suite d'une même infection.

Nævus pigmentaire.

M. Palm présente un enfant âgé de 5 mois montrant un nævus pigmen-

taire qui s'étend de la partie inférieure du dos jusqu'à la tête. Quelques taches se trouvent aussi sur le front. Les muqueuses sont restées intègres jusqu'alors. La mère prétend que l'affection s'est développée immédiatement après la naissance. L'enfant se porte très bien.

Dermatite herpétiforme.

M. O. Rosenthal présente le malade avec une dermatite herpétiforme, dont il a déjà parlé dans la séance antérieure. Il s'agit d'un jeune marchand de 21 ans, qui a eu une méningite à l'âge de 2 à 3 ans et plus tard une entérite. Il y a 5 ans, le malade aperçut à la figure, après une attaque de diphtérie, un exanthème, qui avec de fortes démangeaisons se répandait peu à peu sur tout le corps et reparaissait souvent après des intervalles plus ou moins longs. Le malade, traité dans ce temps à différentes reprises, se trouve dans la clinique de M. R. depuis le 25 mai. Il montrait à sa réception des efflorescences réunies dans de petits foyers d'une forme polymorphe, érythémateuses, papuleuses et vériculeuses, et des croûtes produites par des égratignures auxquelles le malade était forcé par suite des démangeaisons qui le tourmentaient jour et nuit. Les pigmentations nombreuses dispersées sur le corps donnaient en outre la preuve que le malade souffrait de cette affection depuis de longues années. L'éruption cutanée s'étendait du sommet de la tête jusqu'aux doigts des pieds; le ventre et le dos la montraient le plus.

Le malade a été traité en attendant par l'antipyrine, en outre par des bains de goudron, des pommades, par exemple à la vaseline salicylée et d'autres. L'affection s'est déjà beaucoup améliorée, la figure est tout à fait libre. La malade montre les quatre grands caractères de la dermatite herpétiforme : 1° l'état polymorphe de l'éruption; 2° les démangeaisons intenses; 3° la longue durée et les poussées successives; 4° le bon état général.

Gomme du front.

M. G. Lewin présente un malade qui a eu une sclérose en 1882, pour laquelle il fut traité à plusieurs reprises. Maintenant le malade montre sur le front une gomme qui s'est développée depuis 3 ans, a beaucoup augmenté de volume et s'est ulcérée dans les derniers temps. Sa base laisse reconnaître une impression profonde, tandis que le bord est élevé et osseux. Ce phénomène se produit par une carie sèche que M. L. n'a observée jusqu'alors que sur le front. Il croit qu'il s'agit d'une atrophie de l'os. Aussi trouve-t-on une aplasie complète des glandes de la langue. En palpant avec le doigt, on sent un petit manque de substance et une cicatrice au bord de l'epiglottis, et on s'aperçoit d'une certaine anesthésie de la paroi postérieure du pharynx et de la base de la langue. En général, ce ne sont que les hystériques qui montrent ces derniers symptômes.

M. Mankiewicz s'est donné la peine d'examiner presque tous ses malades par rapport au dernier point et a trouvé que singulièrement les gens nerveux ne sentent souvent pas quand on presse le miroir contre la paroi du pharynx. Ainsi non seulement les hystériques, mais aussi les nerveux montrent ces phénomènes.

M. G. Lewin croit que ce symptôme peut naître quand on exerce une compression du nerf en question.

M. Lassar a observé un cas de carie sèche de l'os pariétal.

Sarcome pigmenté.

M. G. Lewin présente un cocher d'une famille bien portante qui a eu dès son enfance de nombreuses taches pigmentées. L'une d'elles commençait à croître il y a 5 ans, et fut extirpée il y a 2 ans. La tumeur a bientôt reparu, elle se trouve sur la poitrine, a la forme d'un champignon, saigne facilement et montre une teinte bleuâtre. Dans l'aisselle, il y a une seconde tumeur, une métastase, les glandes s'y trouvent plus haut. La question à décider est si le caractère de la tumeur est carcinomateux ou sarcomateux. L'examen microscopique parle davantage pour la dernière affection, mais ne donne pas de résultat convaincant. Le malade est traité par des injections arsenicales. M. L. montre ensuite deux planches, dont l'une fait voir un malade avec des sarcomes pigmentés multiples. La première chose à apercevoir dans ce cas était des taches qui, examinées sous le microscope, avaient déjà le caractère sarcomateux et alvéolaire. Billroth a décrit un cas semblable sous le nom de sarcome alvéolaire. Du reste les taches ne se montrèrent qu'après qu'une maladie de la choroïde se fut développée. L'issue était fatale. L'autre planche fait voir plusieurs autres cas avec la même affection.

M. Hoffmann demande si l'on a déjà fait l'examen du fond de l'œil.

M. Lewin répond que non.

M. Hoffmann est aussi du même avis que M. L., qu'il s'agit d'un sarcome; seulement il faut tâcher de trouver son point de départ.

M. Mankiewicz mentionne un cas que M. Abel a présenté dans la société de médecine et qu'il a eu l'occasion de voir à plusieurs reprises. Il s'agissait d'une femme enceinte qui avait une tumeur à la mamelle. On l'enleva durant l'accouchement; mais pendant que la malade était encore couchée, de nombreuses taches bleuâtres reparaissaient sur tout le corps, lesquelles se changèrent assez vite en petites tumeurs.

M. Grimm insiste sur le fait assez connu que même après des extirpations étendues de cavernes mélanotiques, des métaplasies se forment plus ou moins tard.

M. Lassar ne voudrait pas laisser passer une remarque de M. Lewin faite à cette occasion, à savoir que les affections tertiaires ne sont pas infectantes. Il voudrait revenir plus largement sur cette question, l'occasion donnée.

Psoriasis de la main.

M. Isaac montre une femme présentée il y a quelque temps dans la société par M. Bruck. Il s'agissait d'une affection des ongles et des doigts. dont M. Lassar a fait faire le moulage.

La malade a été traitée avec l'acide pyrogallique à 10 0/0, le succès est remarquable. Tandis que la diagnose n'était pas sûre à ce moment, on peut dire maintenant qu'il s'agissait d'un psoriasis localisé.

Syphilis et tabes.

Discussion sur la thèse I du sujet de M. Isaac.

« Les statistiques contiennent trop de fautes pour parvenir à un résultat sûr de la connexion de la syphilis et du tabes. »

M. O. Rosenthal n'étant pas d'accord avec M. Isaac, aurait bien aimé parler contre les thèses dans leur totalité, mais se restreindra, vu la résolution de la société, pour le moment, à la première. Il reconnaît bien le mérite de M. I... d'entamer un sujet traité dans la littérature depuis des années, mais il croit que la société de dermatologie n'est pas le forum apte à le décider, parce que le plus grand nombre des malades en question ne recherchent pas le conseil des syphilidologues, mais celui des neurologues. Mais quoiqu'il n'y ait peut-être qu'un seul, M. Lewin, qui ait à disposer d'un nombre considérable d'expériences, M. R... ne voudrait pas que les thèses, une fois émises par M. Isaac, ne trouvent pas de contradiction dans la société.

Si M. I... prétend que les statistiques contiennent trop de fautes, il aurait dû en donner la preuve, ce qu'il n'a pas fait. Quant au dernier travail de Dinkler, il est réellement hors de doute que l'un ou l'autre de ces cas n'a pas de certains antécédents syphilitiques. Mais nous avons par exemple, plusieurs statistiques de Fournier, dont M. I... reconnaîtra aussi l'autorité, qui contiennent les nombres suivants : en 1882, Fournier produisit la première, comprenant 128 cas, dont 119 avaient des antécédents syphilitiques, et 9 n'en avaient pas. Deux ans plus tard, Fournier avait réuni 146 altérations nouvelles, dont 112 ont des antécédents syphilitiques avérés, 22 sont douteux, 9 ont absolument fait défaut quant aux antécédents, et 3 sont des cas probablement affectés de syphilis héréditaire. En tout, ce sont 231 cas avec des antécédents, et 18 cas sans antécédents syphilitiques, c'est-à-dire 93 fois pour 100. Ces nombres parlent un langage très éloquent, et quand même, toutes les statistiques n'ont qu'une valeur relative. M. I... ne peut se soustraire à la tâche de démontrer que cette statistique est fausse. Et quand même il y aurait un certain nombre à soustraire, il en reste toujours encore un assez grand à compter. Au lieu de cela, M. I... ne donne pas même des dates exactes par rapport à ses propres 125 cas, ce qu'il aurait dû faire avant d'attaquer les statistiques des autres. De cette manière, on n'est pas même en état de comparer ses observations avec celles d'Erb et de Fournier.

M. Blaschko croit que de toutes les thèses de M. Isaac, la première trouverait encore la moindre opposition. Il est sûr que M. Rosenthal a bien raison, qu'il y a des statistiques qui ne méritent pas l'objection de M. I... Mais en grande partie, elles sont vicieuses. M. B... voudrait diriger avant tout l'attention sur ce point, de quelle manière peu suffisante, des médecins non spécialistes ont la coutume de faire une anamnèse. Il croit donc qu'il faudra employer plus de soin à l'avenir pour savoir si quelqu'un est syphilitique ou non. Pour cette raison, il faudra constater non seulement si l'individu en question a eu un chancre, mais s'il a eu une suite d'autres symptômes. Avant tout, il faudra penser à la question des descendants, qui est d'une valeur remarquable. Quant aux deux symp-

tômes dont M. Lewin a relevé l'importance à plusieurs reprises, à savoir l'aplasie des glandes de la base de la langue et une affection des testicules, M. B. ne voudrait pas y attacher trop de valeur, surtout au dernier, parce que ce sont des variétés.

L'attention générale doit se diriger sur des signes fréquents. Comme il y a nombre de cas dans lesquels même un examen minutieux est négatif, il faudra aussi passer en revue les descendants. M. B. regarde par exemple les dents de Hutchinson comme une preuve absolue d'une syphilis héréditaire. Si cette difformité ne jouit pas de tant de crédit, c'est que nombre de médecins ne connaissent pas les descriptions que Hutchinson en a données. De l'autre côté, la circonstance que beaucoup de malades oublient avec le temps qu'ils ont eu une affection, diminue la valeur des statistiques dans un haut degré. Hugo Neumann a, par exemple, démontré il y a quelques années, en passant en revue le grand nombre des malades de l'hôpital Moabit que, contrairement aux règles mathématiques, le nombre des syphilitiques n'augmente pas d'année en année, mais diminue : ce qui prouve que nombre de gens oublient qu'ils ont été malades. Mais, ces fautes à part, il faut pourtant reconnaître que les statistiques données par des auteurs reconnus sont en droit, puisque les mêmes fautes ne sont pas seulement commises chez les syphilitiques, mais aussi chez d'autres malades. Si Erb donne dans sa statistique un pourcentage de 90 pour des syphilitiques qui sont devenus tabétiques et un nombre de 22,5 0/0 chez d'autres malades non tabétiques, l'amnanèse a été faite dans les deux listes d'une manière égale et les fautes sont compensées. M. Keller trouve aussi que M. Isaac s'est trop facilité l'affaire. Fournier, par exemple, cite dans un travail récent sur la paralysie progressive et la syphilis, que dans cette affection les antécédents syphilitiques se trouvent 60 fois pour 100, tandis qu'ils ne figurent dans d'autres maladies mentales que par le nombre de 10 fois pour 100.

M. G. Lewin est aussi d'avis que cette question doit être décidée devant un forum de neurologues et comme ceux-ci ne sont d'accord, les syphilidologues ne réussiront pas à trancher la question. M. L. a vu peut-être en tout 100 tabétiques, mais il n'a pas encore trouvé assez de lésions pour faire une statistique exacte. Il croit que la statistique de Fournier rencontre des doutes, même à Paris. Si l'on s'imagine que la présence d'une cicatrice suffit pour quelques auteurs pour faire la diagnose de syphilis, il faut dire qu'elle ne peut servir de preuve pour un chancre dur ; le chancre mou donne en général une plus grande ulcération et par cette raison une cicatrice plus remarquable. Même quand un malade raconte qu'il a eu une sclérose et qu'il a fait une cure, on n'est pas encore sûr qu'il a eu la syphilis. Il en est de même avec un exanthème. Que de fois on regarde des éruptions cutanées comme étant syphilitiques et qui ne le sont pas. La même chose peut être dite des affections de la bouche et de la gorge.

Quelles erreurs fréquentes ! Quant aux glandes, on les cite toujours comme preuve infaillible, mais dans l'état tertiaire elles sont minimes, ou manquent complètement. Tout cela parle pour la thèse de M. Isaac. Mais si de l'autre côté on voit que Pimmpell, par exemple, a trouvé que dans

62 fois pour 100 des tabétiques ont vraiment eu la syphilis, et que par conséquent, il est d'avis qu'il n'a pas encore vu de tabes dans lequel la syphilis est absolument exclue, c'est pourtant d'une grande importance. Aussi Folly et Mendel sont parvenus au même résultat. Il ajoute que le tabes se trouve dans toutes les villes, dans toutes les classes, à tous les âges, et que les hommes en souffrent plus fréquemment que les femmes. Il y a dix cas où des enfants de 10-18 ans souffraient de tabes et dans lesquels la preuve a montré que leurs parents étaient malades, et qu'eux-mêmes souffraient en même temps d'une syphilis héréditaire. Un tel cas a été publié dans ces jours à Breslau, et le professeur Kirichlury a observé trois enfants tabétiques. Quant à l'atrophie des glandes de la base de la langue, c'est un symptôme absolument pathognostique de syphilis ; il en est de même d'une gomme dans les testicules. Naturellement ces deux symptômes ont seulement une valeur quand ils existent.

La suite de la discussion est ajournée.

O. Rosenthal.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Absorption médicamenteuse. — Vanni et Guicciardi. Dell influenza della saliva umana adoperata come eccipiente di alcuni medicamenti sull' assorbimento della pelle. (*Archivio di farmacologia e terapeutica*, octobre 1893, p. 577.)

Les auteurs, reprenant des expériences de Brera (1797) qui avait constaté que le suc gastrique et la salive facilitaient l'absorption de divers médicaments, sont arrivés aux conclusions suivantes :

En employant la salive comme véhicule de divers médicaments appliqués sur la peau, on obtient l'absorption de quelques-uns de ces médicaments, ainsi qu'on peut le constater par des procédés chimiques.

Dans les cas où cette absorption s'observe avec d'autres excipients, graisse, vaseline, etc., elle est toujours plus considérable quand on emploie la salive comme excipient.

Les résultats sont plus accentués quand on emploie la salive seule que quand on l'emploie en même temps que d'autres substances et en lavant même légèrement la peau avec des substances alcooliques.

Les médicaments qui s'absorbent le plus nettement et le plus rapidement par la peau sont le salicylate de soude et le chlorhydrate de morphine.

Les résultats obtenus par les auteurs ne manquent pas d'intérêt au point de vue physiologique ; il est plus douteux qu'ils puissent devenir la base de l'emploi thérapeutique du liquide expérimenté.

Georges Thibierge.

Acné chéloïdienne de la nuque. — H. Stelwagon. Dermatitis papillaris Capillitii. (*Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1893, p. 233.)

L'auteur a observé pendant 10 ans de pratique, à son dispensaire, trois cas de cette affection, dont deux chez des nègres. La description qu'il en donne confirme ce que nous avons toujours soutenu : c'est que la dermatitis papillaris capillitii des Américains est notre acné chéloïdiennne de la nuque. Voici en effet ce qu'il dit à propos de l'un des cas : « Le siège de la maladie était la partie la plus inférieure du cuir chevelu vers la nuque : elle consistait en papules discrètes ou groupées, en papulo-tubercules et tuberculo-pustules, agglomérés, avec çà et là de petits intervalles de peau saine. Les groupes étaient formés de lésions confluentes serrées les unes contre les autres constituant des élevures, de la surface desquelles sortaient

çà et là des touffes de poils irrégulières ; quelques tubercules contenaient dans leur intérieur une petite quantité de pus. Plusieurs éléments sont tout à-fait sycosiformes, et l'affection a un aspect cheloïdien : elle durait depuis trois ans. » L. B.

Argyrie et siderose. — Kobert. Ueber Argyrie in Vergleich zur Siderose. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis.* 1893, p. 773.)

On comprend sous les noms d'argyrie, d'argyrose et de sidérose, des états chez l'homme ou les animaux chez lesquels on peut reconnaître, directement ou du moins facilement, la présence de l'argent ou du fer dans certains organes, soit sous une forme inorganique, soit en combinaisons organiques peu cohérentes et qu'il est possible de caractériser par des réactions chimiques sans détruire les tissus. On distingue actuellement une forme aiguë et une forme chronique de l'argyrie.

La forme chronique présente trois sous-variétés.

1° L'argyrie professionelle (Gewerbeargyrie) s'observe chez les ouvriers qui travaillent constamment des objets en argent et chez lesquels la poudre d'argent s'imprime mécaniquement dans la peau des doigts. Les petits grains d'argent sont situés d'abord dans l'épithélium, mais plus tard, par suite d'une transformation chimique lente, ils pénètrent dans la profondeur du tissu conjonctif du corps papillaire et même plus profondément et donnent alors à la peau une teinte noirâtre qui ne disparaît plus, même après des lavages réitérés.

2° L'argyrie par l'emploi externe prolongé ou plutôt par l'abus du nitrate d'argent.

3° L'argyrie provoquée par l'administration interne prolongée du nitrate d'argent sous forme de pilules ou de solutions.

Quel que soit le mode d'emploi interne de l'argent, on voit d'ordinaire survenir les premiers symptômes de l'argyrie, appréciables sur le vivant, en certains points de prédilection, à savoir sur le liseré gengival ou sur la dernière phalange des doigts. Les gencives prennent une teinte violette, plus tard le visage tout entier se colore ainsi que plusieurs régions de la peau recouvertes constamment par les vêtements. En outre, il peut se produire des colorations des organes internes, et des maladies graves de ces organes résulter de l'emploi du nitrate d'argent, notamment des ulcères de l'estomac, des néphrites, la tuberculose pulmonaire.

On a constaté à l'autopsie que jamais chez l'homme les cellules épithéliales d'un organe quelconque n'étaient le siège d'argyrie, à moins que l'argent n'y ait été appliqué directement. Jamais on n'a trouvé colorés en noir les muscles, les nerfs ou la substance compacte des os.

Constamment la coloration noire d'argent était localisée principalement sur les éléments conjonctifs des organes : plexus choroïdien, pannicule adipeux, tissu graisseux (mais non la graisse même), couche papillaire du derme, tunique propre des glandes sébacées, sudoripares et muqueuses, moelle osseuse, dure-mère, mésentère, membrane interne et adventice des vaisseaux, synoviale des articulations, parties conjonctives de la rate, de la thyroïde, des ganglions lymphatiques, etc....

Le pigment argent était toujours extra cellulaire, et non à l'état soluble, mais sous forme de granulations.

Les granulations de pigment argent donnent dans des coupes microscopiques les réactions suivantes :

a) Elles sont insolubles dans l'acide acétique et les acides minéraux étendus.

b) Elles sont insolubles dans des alcalis fixes ainsi que dans l'ammoniaque.

c) Par l'addition d'acide nitrique concentré, elles se décolorent sans disparaître.

d) Si l'on ajoute une solution peu étendue de cyanure de potassium, elles se décolorent, mais ne disparaissent pas non plus.

e) Le bioxyde d'hydrogène et le suroxyde de sodium, qui agissent en décolorant les pigments organiques, ne modifient en rien la couleur du pigment d'argent.

f) Les composés qui restent après décoloration avec l'acide nitrique concentré ou le cyanure de potassium donnent après lavage convenable des réactions albuminoïdes.

g) L'addition d'acide hydrosulfurique aux composés décolorés par des acides ou des alcalins les colore de nouveau en noir.

h) Si on chauffe avec précaution un fragment d'un organe très coloré en noir avec de l'acide nitrique concentré, jusqu'à ce qu'il soit décoloré et qu'on filtre l'acide, le résidu ne contient absolument pas d'argent; mais on peut constater la présence de l'argent dans le résidu du filtre après incinération préalable.

D'après ces réactions, il est impossible de soutenir qu'il s'agit de composés inorganiques d'argent; ce serait bien plutôt d'un composé organique moins compact d'argent qu'on ne saurait actuellement définir. Quelques auteurs seraient disposés à admettre que l'argent se combine dans les tissus, en partie même avec le soufre.

Aucun expérimentateur n'a pu parvenir à provoquer une argyrie aiguë vraie; tout au plus les parois de l'intestin étaient-elles colorées en noir jusque dans les couches profondes. L'auteur a par conséquent fait étudier la question de l'empoisonnement aigu de l'argent par Krysinski, Samojloff et Gerschun, notamment dans le but de trouver les rapports d'une part avec l'argyrie, chronique et de l'autre avec la sidérose. D'après ces travaux, cela dépend beaucoup du choix des préparations : avec la solution le plus souvent employée de sulfure d'argent on n'obtient pas en général de coloration noire, mais avec l'oxyde d'argent qui avec le sérum du sang se combine immédiatement en un composé albumineux.

Après l'introduction de cette préparation brune, soluble dans l'eau, de préférence directement dans le sang par exemple de lapins, on obtient au bout de deux jours une argyrie, c'est-à-dire une teinte noire, tout d'abord dans l'organe où la plus faible oxydation et par conséquent la plus forte réduction se produit, autrement dit dans le foie; en second lieu dans les glomérules des reins dans lesquels les processus de réduction peuvent se faire facilement en raison de l'épaississement du sang.

Le foie et les reins sont spécialement atteints dans l'argyrie chronique

et précisément les glomérules ; même dans les cas les plus légers où toutes les autres parties des reins étaient non colorées, ils étaient colorés en noir.

Outre le foie et les reins, l'auteur signale un troisième organe, le corps papillaire du chorion de la peau, car d'après les recherches de Baumann et d'Unna, la formation de la substance cornée est incontestablement un processus de réduction.

Les travaux modernes permettent d'établir une comparaison entre l'argyrie et la sidérose, on peut la résumer dans les propositions suivantes :

1° Avec les deux métaux, il y a, même après une seule introduction dans le sang d'un sel double n'agissant pas mécaniquement ou chimiquement d'une manière énergique, une adhérence des métaux dans le corps, et l'absence de toxicité dure avec les deux métaux non seulement des jours, mais des semaines et même plus longtemps.

2° Par suite de l'introduction brusque des deux métaux dans le sang, les cellules du foie retiennent en première ligne le métal qui y devient insoluble.

3° Avec les deux métaux, les leucocytes immigrent dans le foie, se chargent du métal et le transportent hors du parenchyme dans les vaisseaux lymphatiques du foie. Plus tard on trouve ces leucocytes chargés de métal dans les organes lymphoïdes les plus différents.

4° Dans les deux intoxications, on reconnaît les leucocytes chargés de métal sans avoir recours à des réactifs, rien qu'à leur coloration qui avec l'argent est noire, avec le fer, brun jaunâtre.

5° Pour les deux métaux on peut avec des réactions simples démontrer sûrement la présence du métal supposé. Les réactions pour l'argent ont été indiquées ci-dessus, celles pour le fer consistent notamment dans la coloration noire par l'hydrosulfate d'ammoniaque (mais non par l'acide hydrosulfurique et l'acide acétique) et dans la teinte bleue par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique.

6° Avec les deux corps, le métal se trouve dans une substance fondamentale organique à laquelle il est combiné peu intimement. Il en est ainsi, d'après Ausin, même pour le métal trouvé dans le cristallin par suite de la pénétration de paillettes de fer dans l'œil.

7° Dans l'argyrie chronique et dans la sidérose chronique, comme cette dernière survient presque toujours, par exemple dans la rate des vieux chevaux, on ne trouve plus trace des corpuscules blancs du sang qui portent le métal, mais ce dernier se trouve sous forme de petites granulations et d'amas extra cellulaires et persiste jusqu'à la mort de l'individu.

8° L'élimination des métaux qui atoujours lieu dans l'intoxication aiguë, mais qui ne se fait dans une intoxication chronique qu'à un moindre degré, se produit avec le concours des leucocytes vers les voies digestives, tandis qu'aucun métal n'est éliminé par l'urine ou l'est seulement dans les premières minutes.

Si des rapports incontestablement importants existent entre l'intoxication de ces métaux, il y a cependant aussi des différences très essentielles parmi lesquelles l'auteur énumère les suivantes :

1° L'argyrie attaque, dans le cas où elle est chronique, les parties con-

jonctives les plus différentes des organes et de préférence celles de la peau ; il n'en est jamais ainsi dans la sidérose.

2° La sidérose peut naître par suite de la décomposition des parties normales du corps contenant du fer, donc sans qu'il y ait introduction de ce métal, par exemple sous l'influence de maladies qui amènent la décomposition du sang, et par l'action de l'âge ; l'argyrie ne saurait se produire naturellement sans qu'il y ait introduction d'argent.

3° Les points d'élimination des deux métaux diffèrent, du moins chez la grenouille, en tant que le fer chez cette variété d'animaux est éliminé par le canal intestinal tout entier ; l'argent, d'après Samojloff, ne le serait que par l'extrémité de l'intestin.

Chez les animaux à sang chaud, l'élimination des deux métaux est analogue à ce qui se passe chez la grenouille.

4° Les glomérules des reins sont dans l'argyrie toujours modifiés d'une manière très sensible, mais dans la sidérose, le plus souvent ils ne le sont pas, ou seulement d'une manière passagère. A. Doyon.

Anesthésie de la peau par la cocaïne. — Edward Jackson. The use of Cocaïne to produce anesthesia of the sklin and tissues beneath it. (*Medical Record*, 12 août 1893, p. 203.)

Voici quels sont les conseils que l'auteur, qui est professeur d'ophthalmologie à Philadelphie, donne pour l'emploi de la cocaïne sur la peau et en particulier sur la peau des paupières. Pour obtenir l'insensibilité, la solution aqueuse de cocaïne doit être préférée aux mélanges huileux. Il faut maintenir la solution de cocaïne en contact avec les régions à anesthésier pendant un certain temps : on emploie pour cela de l'ouate hydrophile saturée d'une solution concentrée de cocaïne. Pour que l'épiderme s'imprègne de cocaïne, il faut qu'il soit aussi peu chargé de graisse que possible ; on peut enlever cette graisse en lavant la peau avec du savon ou une autre préparation alcaline, mais dans ce cas on n'obtient presque jamais d'effet anesthésique parce qu'il suffit qu'il reste sur les téguments un peu de substance alcaline pour précipiter la cocaïne de sa solution sous forme d'un composé insoluble. Aussi quand on fait usage de savon, faut-il rincer soigneusement la peau à l'eau pure avant de faire les applications cocaïnées. Il vaut mieux, quand c'est possible, dégraisser les téguments avec de l'éther. Même en employant toutes ces précautions, l'anesthésie ainsi obtenue est extrêmement superficielle : si on est obligé de faire des incisions pénétrant dans le derme, le malade souffre quelque peu. Aussi faut-il dans ces cas compléter l'anesthésie superficielle par une injection sous-cutanée de cocaïne, pratiquer un massage pour opérer la diffusion de la solution et opérer rapidement : il faut aussi bien se rappeler que, lorsqu'il y a de l'hyperémie ou de l'inflammation, la cocaïne n'a que peu ou point de pouvoir anesthésique. L. B.

Dermatite herpétiforme. — Henry W. Stelwagon. Dermatitis herpetiformis. (*Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1893, p. 230.)

Pendant 10 ans de pratique à son dispensaire de Philadelphie, l'auteur a

pû observer six cas de dermatitis herpetiformis ; à l'exception d'un seul ils avaient tous le type vésiculeux. Il en donne les observations, mais fort écourtées. Il n'a pu suivre longtemps ces malades et ne peut donner des détails précis sur les effets des médications qu'il a instituées.

L. B.

Dermatose médicamenteuse. — A. Hertzfeld. Iodoform Dermatitis. (*Medical Record*, 19 août 1893, p. 233.)

Cas assez intéressant d'un malade qui eut une éruption caractéristique d'iodoforme avec rougeur vive, tuméfaction intense, etc., à la suite d'application de bougies iodoformées dans le canal de l'urèthre. Par suite d'une erreur et d'une négligence, le malade fut dans la suite exposé par deux fois à avoir les parties génitales, puis un furoncle, en contact avec de l'iodoforme, et les deux fois il y eut une nouvelle éruption. Ces faits sont des plus connus : celui-ci fait nombre ; ce n'est qu'à ce point de vue qu'il mérite d'être signalé. L. B.

Dermatoses prurigineuses. — P. Tommasoli. Sulle dermatite pruriginose multiformi, studio clinico, istologico e critico. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* juin 1893, p. 211.)

Tommasoli rapporte 7 observations de dermatoses prurigineuses, dont il discute les diagnostics et à propos desquelles il se livre à une étude critique approfondie des idées récemment formulées sur les lichens et les dermatoses prurigineuses.

Il propose la classification suivante des dermatoses prurigineuses :

I. *Esthésiodermies.*
- *A. pures* (prurit partiel ou généralisé) ;
- *B. compliquées de lichénificatioa, d'eczématisation, etc.* (pruritus cum materia des anciens auteurs.

II. *Esthésiodermites.*
- *A. pures.*
  - *a*) à forme papuleuse.
    1. A papule molle et à évolution aiguë. (Urticaire.)
    2. A papule ferme et à évolution subaiguë. (Prurigo diathésique à type pur. Prurigo autotoxique temporaire, par infection, par grossesse, etc.)
    3. A papule dure et à évolution chronique. (Lichen vrai de Wilson. Pseudo-lichen simplex, Pseudo-lichen atrophiant.)
  - *b*) à forme eczémateuse.
    1. A papule humide. (Eczéma humide.)
    2. A plaque squameuse. (Eczéma séborrhéique, squameux, corné.)
  - *c*) polymorphe. (Dermatite herpétiforme de Duhring.)
- *B. compliquées* : renfermant des divisions semblables à celles du groupe A, à la dénomination de chacune desquelles il suffit d'ajouter le mot de « compliquée ».

L'étude clinique et critique très détaillée ne saurait, en raison de son

étendue, être analysée complètement ici. La classification reproduite ci-dessus en montre déjà l'esprit.

L'auteur le précise lorsque, en manière de conclusion, il montre qu'il a tenu le juste milieu entre les théories émises, que les opinions émises sur la lichénification et l'eczématisation des téguments ont besoin d'être complétées et que, si les dermatoses prurigineuses ont des relations de famille, les théories récemment émises n'ont pas fait toujours suffisante la part du rôle joué dans la production de ces lésions par la prédisposition individuelle, qu'il y a lieu de préciser l'influence de cette prédisposition au prurit et du grattage dans le développement de ces différentes dermatoses.

Georges Thibierge.

Érythème. — Petrini. Érythème purpurique, analgésique; polyurie, polydipsie; guérison. (*La Roumanie médicale*, juin 1893, p. 105.)

Homme de 25 ans, atteint de fièvres paludéennes depuis son enfance, pris, 2 jours après une longue course à cheval dans la neige, de fièvre, de soif vive, puis de polyurie, puis d'une éruption de taches érythémateuses et purpuriques occupant d'abord le front et ensuite le reste de la face, les cuisses et les autres parties du corps. Il se produit des poussées de ces taches, qui sont dures au toucher, à bords plus ou moins bien limités et en général irréguliers, les unes d'un rouge clair, les autres d'un rouge bleuâtre, ne s'effaçant pas à la pression; elles sont légèrement anesthésiques, la sensibilité douloureuse à la piqûre est complètement abolie à leur niveau; leurs dimensions varient de celles d'une pièce de 5 francs à 6 et 7 centimètres de diamètre. La polyurie, qui atteint 12 litres à l'entrée du malade à l'hôpital, s'abaisse à la suite de l'emploi de divers médicaments, dont le plus efficace a été l'antipyrine, à 5 puis à 3 et à 2 litres, et finalement la quantité d'urine devient normale. La polyurie et les poussées de plaques érythémato-purpuriques avaient persisté pendant près de 8 mois.

En raison de l'analgésie qui pouvait faire penser à la lèpre, on a recherché, sans résultats, le bacille de Hansen dans une plaque excisée.

La présence de ce symptôme inconnu jusqu'ici dans les érythèmes simples rend cette observation particulièrement intéressante. La polyurie qui l'accompagnait avait-elle quelque relation avec l'érythème? L'auteur ne se prononce pas sur ce point.

Georges Thibierge.

Érythème multiforme et purpura. (*Étiologie et anatomie pathologique*). — E. Finger. Beitrag zur Ætiologie und pathologischen Anatomie des Erythema multiforme und der Purpura. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893. p. 765.)

Dans cette étude sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de l'érythème multiforme, l'auteur s'occupe d'une variété tout à fait spéciale de l'érythème multiforme symptomatique.

C'est un fait bien connu que l'érythème multiforme peut compliquer différentes maladies infectieuses, les processus inflammatoires et en particulier les processus de suppuration. Parmi ces maladies, il faut citer

spécialement le choléra, le typhus, l'état puerpéral, la septicémie, l'urémie, l'endocardite, la diphtérie, la blennorrhagie, la syphilis. C. Bœck a observé à plusieurs reprises ces érythèmes comme complications d'angines et d'abcès des amygdales; Le Gendre et Claisse ont rapporté des faits analogues.

L'interprétation de ces érythèmes peut être très différente. Ainsi on peut, par exemple, dans le cas d'érythème urémique supposer avant tout une intoxication urémique, par conséquent le considérer comme un érythème toxique. Si l'urémie a pour point de départ une suppuration des reins, ou s'il existe, comme dans le cas d'abcès amygdaliens, des suppuration profondes, un foyer local d'inflammation ou de suppuration, il est possible de l'expliquer des deux manières. On peut admettre au premier abord la résorption dans le sang et les humeurs de substances toxiques, de toxines provenant du foyer purulent : alors l'érythème toxique est toujours toxique et doit être rangé dans la catégorie des érythèmes ab ingestis et des érythèmes médicamenteux.

Mais on peut aussi concevoir que de ces agents purulents qui provoquèrent le foyer purulent primaire, une partie passe dans la masse du sang, et par cette voie dans la peau, où elle agit localement en déterminant une maladie. Alors l'érythème ne sera plus un érythème toxique, angionerveux, il aura le caractère d'une métastase de nature bactérienne, ce sera un érythème infectieux.

Haushalter (1887), Simon et Legrain (1888) ont publié dans ces annales des cas d'érythèmes infectieux; ils ont trouvé dans le sang de leurs malades des cocci, et ils considèrent ces érythèmes comme de nature directement bactérienne.

Par contre Le Gendre et Claisse, dans leur cas d'érythème papuleux, qui compliqua une amygdalite abcédée, ont constaté la présence des streptocoques dans l'amygdale, mais non dans le sang; ils regardent donc l'érythème comme toxique, angionerveux, provoqué par la résorption de toxines provenant du foyer local purulent. Mais cette conclusion difficile à établir dans le cas actuel paraît douteuse, par suite de la difficulté que l'on a de constater les micro-organismes dans le sang et parce que l'absence de micro-organismes dans l'affection de la peau n'a pas été démontrée.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner au point de vue anatomique deux cas analogues.

Il s'agit dans le premier cas d'une jeune fille de 26 ans qui, le 29 août 1887, fut admise à la clinique dans l'état suivant : fièvre intense, prostration générale, etc. Trois jours avant la mort, qui eut lieu le 11 septembre, il survint sur le tronc et les membres, mais principalement sur la face dorsale des mains et des pieds, de nombreuses papules rouges, presque du volume d'une lentille, ayant les caractères de rougeur et d'inflammation d'un érythème papuleux et qui firent croire à un typhus exanthématique.

L'autopsie faite le lendemain montra que, chez cette malade, il s'agissait non du typhus, mais d'une inflammation diphtéritique considérable de la muqueuse, laquelle commençait au voile du palais et sur la face dorsale de la langue, envahissait le pharynx et s'étendait de là en suivant l'œsophage jusque dans l'estomac. En outre il y avait de la péricardite, une

pleurésie double, des infarctus pulmonaires et des foyers métastatiques dans les reins et le myocarde. Les foyers métastatiques des reins et du myocarde donnèrent des cultures pures de streptocoque pyogène ; sur le cadavre, papules sous forme de nodosités pâles.

L'examen microscopique des papules de la peau présenta des marques bien peu caractéristiques d'érythème.

Épiderme intact. Dans le corps papillaire ainsi que dans le stratum réticulaire du derme, le tissu conjonctif est légèrement onduleux, très lâche, ses faisceaux sont séparés par de larges vacuoles fusiformes(œdème). Nombreuses cellules mononucléaires, surtout dans la portion papillaire du tissu conjonctif. Les capillaires des papilles et du stratum réticulaire sont très dilatés ; dans l'adventice et dans le tissu conjonctif qui accompagne le trajet des vaisseaux, nombreux amas de cellules rondes. Il en est de même autour des glandes sudoripares et de leurs conduits excréteurs.

Sur les coupes colorées d'après la méthode de Gram et surtout d'après celle de Kühne, on voit de grandes quantités de cocci. Ils sont situés exclusivement dans les vaisseaux sanguins. Ils remplissent complètement les anses capillaires des papilles ; ils sont disposés en majeure partie en amas sur les parois des grosses artères du stratum réticulaire, remplissent les capillaires des glandes sudoripares ; ils sont également visibles dans les grosses artères et les veines du tissu sous-épidermique et du tissu graisseux. Ils sont disposés en chaînettes élégantes, souvent très longues, droites ou ondulées. La présence, dans les foyers métastatiques des reins et du myocarde, du streptocoque pyogène, permet d'admettre que les cocci en chaînettes trouvés également dans les papules érythémateuses de la peau appartenaient aux streptocoques pyogènes, dont la présence est très fréquente d'une manière secondaire dans la diphtérie.

En raison des énormes quantités de streptocoques dans la peau malade dont le siège est dans les vaisseaux sanguins, l'auteur n'hésite pas à regarder ces cocci comme les agents, la cause étiologique des papules érythémateuses. Cet érythème papuleux représente dans ce cas non une dermatite angionerveuse, mais une dermatite bactérienne métastatique, résultant du transport du streptocoque pyogène par le courant sanguin dans la peau.

Dans le deuxième cas, on trouva à l'autopsie une dégénérescence graisseuse du cœur, un état légèrement athéromateux de l'aorte, hypertrophie de la rate, néphrite parenchymateuse subaiguë des deux côtés, de nombreuses taches de purpura sur le tronc et les membres.

L'examen microscopique des hémorrhagies de la peau montra que le tissu conjonctif du corps papillaire et du stratum sous-papillaire était rempli de nombreux corpuscules rouges du sang. De petits extravasats sanguins se trouvaient aussi dans le tissu graisseux et dans quelques glandes sudoripares. Mais il y avait de même dans les foyers hémorrhagiques une proportion très notable de leucocytes polynucléaires et une quantité modérée de petits cocci arrondis, isolés ou disposés deux par deux. La présence des nombreux leucocytes prouve qu'il s'agissait de phénomènes inflammatoires. Les nombreux corpuscules de pus font supposer également une tendance à une irritation inflammatoire locale et spéciale,

irritation que le sang extravasé ne saurait produire. Cette irritation est occasionnée sans doute par les cocci qui, comme l'indique leur présence dans les vaisseaux sanguins, arrivent avec le sang dans la peau, déterminent les hémorrhagies par des lésions des parois vasculaires, provoquent dans le tissu cellulaire une irritation inflammatoire.

Dans ces deux cas, il s'agit donc de maladies de la peau appartenant cliniquement au groupe des angionévroses, mais dans lesquelles l'examen microscopique et bactériologique démontre qu'on a affaire à des dermatites purement bactériennes, dermatites de nature métastatique, par l'introduction de bactéries pathogènes avec le sang dans les vaisseaux sanguins de la peau.

Dans le second cas, il ne s'agissait pas d'un purpura pur, mais d'une dermatite hémorrhagique. L'auteur a en outre examiné 6 cas de purpura simple qui compliquait des endocardites, des pneumonies, des diphtéries : tous ces cas ont donné des résultats négatifs. Les méthodes de coloration les plus variées n'ont pas permis de reconnaitre de micro-organismes ni dans les foyers hémorrhagiques, ni dans les vaisseaux sanguins.

A. Doyon.

Érythème noueux. — L. Brodier. Erythème noueux dans le cours d'une infection purulente. (*La médecine moderne*, 9 septembre 1893, p. 894.)

Femme de 30 ans, prise il y a 8 jours d'angine intense avec fièvre ; il y a 4 jours, vives douleurs dans l'oreille gauche, puis écoulement purulent par le conduit auditif de ce côté, puis frisson violent, phénomènes généraux graves, température élevée ; plaques érythémateuses sur les 2 avant-bras. Le lendemain, placards érythémateux légèrement saillants et douloureux à la pression, symétriquement disposés sur la face dorsale des avant-bras, à la face antérieure et à la partie moyenne des jambes ; les articulations ne sont pas gonflées, mais les mouvements sont douloureux au niveau des coudes et des genoux. Le surlendemain, nouvelle plaque au-dessus de l'olécrâne droit, puis quelques autres plaques nouvelles ; développement de synovites suppurées des gaines des péroniers latéraux du côté droit et des muscles épitrochléens. Mort 3 semaines après le début de la maladie. A l'autopsie, pas de collections purulentes dans les cavités viscérales, pneumonie du lobe inférieur gauche, épanchements fibrineux dans la plèvre gauche, foie en dégénérescence graisseuse.

Le pus renfermait des chaînettes de streptocoques.

Il n'a pas été fait de recherches bactériologiques au niveau des lésions cutanées : il est donc impossible de savoir s'il s'agissait d'une thrombose microbienne, comme dans le cas de MM. Orrillard et Sabouraud, ou si les lésions cutanées n'étaient pas plutôt dues aux toxines streptococciques, théorie qui jusqu'à plus ample informé nous paraît applicable à la majorité des cas décrits sous le nom d'érythème noueux infectieux. Remarquons avec l'auteur que les accidents ont succédé à une angine infectieuse, ainsi qu'il arrive si souvent pour les érythèmes polymorphes.

Georges Thibierge.

Érythème scarlatiniforme. — Török. Ein Fall von Erythema scarlatiniforme desquamativum mit protrahirtern Verlaufe. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893. p. 579.)

Il s'agit d'un homme de 50 ans, journalier, qui se présenta à la clinique le 21 avril 1892. Il a toujours été bien portant. Ni chez lui ni dans sa famille jamais de maladies de la peau. L'affection actuelle a débuté il y a 15 jours ; 2 ou 3 jours auparavant il s'était écorché le menton en se rasant. Un ou deux jours plus tard, sensation de tension de la face, qui deux jours après avait pris une teinte rouge vif. Quelques jours plus tard la peau pâlit et commença à desquamer. Dans l'intervalle l'éruption avait envahi tout le reste du corps. État général satisfaisant. Ni prurit ni sensation de brûlure.

Actuellement, la maladie consiste en une rougeur diffuse, particulièrement prononcée sur la poitrine et le dos, accompagnée d'une fine défurfuration. La surface d'extension des membres supérieurs est d'un rouge diffus, les squames sont plus grandes, lamelliformes. En quelques points des membres supérieurs, notamment sur la face dorsale, la desquamation a lieu au niveau des follicules, attendu que, au point d'émergence des poils lanugineux, — le malade n'a de poils plus longs ni sur le tronc ni sur les membres, — on voit partout une petite squamule. Sur la peau de l'abdomen et de la région sacrée, il n'existe pas de rougeur diffuse, seulement des taches rouges, irrégulières, de la dimension d'une pièce de vingt centimes, avec exfoliation. Au niveau de chaque région fessière, une tache rouge, irrégulière, de l'étendue de la paume de la main, avec une légère desquamation blanchâtre.

La peau n'est nulle part infiltrée, elle a cependant beaucoup perdu de son élasticité.

L'état général est bon, les forces sont conservées. Quant au prurit, il ne survient que par moments et à un faible degré.

Le traitement a consisté successivement en bains, en onctions avec la pommade boriquée à 5 p.100 ou en lavages avec du savon et de l'eau chaude, des cataplasmes froids de farine de graines de lin ; plus tard des applications de pommade au précipité blanc, de compresses de Priessnitz, pâte de Lassar, etc.

Dans le courant du mois de juin chute des cheveux assez considérable et altération des ongles. Dans le mois de juillet, la chute des cheveux était notablement plus prononcée, particulièrement dans la région temporale, alopécie en clairières. Pityriasis capitis intense, amas assez fort de squames très blanches sur la partie externe de la moustache, sur le pavillon des deux oreilles et sur le menton.

Vers la fin du mois d'août, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, Török vit le malade pour la dernière fois. La peau avait partout repris son état normal, peut-être était elle un peu plus sèche qu'elle ne l'est ordinairement. Le talon conservait encore une couche cornée épaisse. Une substance inguéale normale de nouvelle formation tend à remplacer celle qui est altérée. Les cheveux ont repoussé.

Dans ce cas on a affaire à un processus morbide caractérisé par de la

rougeur et de la desquamation. Si on compare le tableau morbide et la marche de la maladie au tableau que Kaposi trace du pityriasis rubra de Hebra, il est évident que, malgré la concordance complète des symptômes objectifs, on ne peut, en raison de son évolution, regarder ce cas comme un pityriasis rubra dans le sens de Hebra. Ce qui le distingue en effet, c'est sa marche rapide et bénigne en opposition au caractère chronique, insidieux, malin du pityriasis rubra.

On sait que le pityriasis rubra de Hebra ne représente qu'un type — en réalité rare — des maladies qui s'accompagnent de rougeur et de desquamation de la peau. Les auteurs français, anglais et américains ont décrit, sous différents noms, des affections qui surviennent avec des modifications de la peau consistant en rougeur et en desquamation, mais ont une évolution différente de celle ci-dessus et aussi entre elles. Ces cas ont été rassemblés et étudiés à fond par les dermatologistes français.

L'auteur, après avoir jeté un coup d'œil rapide sur l'état actuel de la question des érythrodermies exfoliantes, passe au diagnostic différentiel du cas ci-dessus.

On a affaire ici à une forme quelconque des érythrodermies exfoliantes chroniques. Les dernières, en dehors de leur évolution de longue durée, se distinguent suffisamment de ce cas par des symptômes généraux graves, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans une discussion plus détaillée. Contre l'hypothèse d'une dermatite exfoliative subaiguë, il faut noter dans le cas actuel la marche non cyclique de l'affection, l'état afébrile du malade pendant toute la durée de l'observation, l'expansion plus rapide que d'ordinaire du processus, ensuite l'absence d'infiltration et de tuméfaction du tégument. Toutefois quelques symptômes isolés rapprochent ce cas de la dermatite exfoliante généralisée. Par exemple la durée, la chute des cheveux, l'altération des ongles : faits qui, dans l'érythème scarlatiniforme avec lequel ce cas a la plus grande ressemblance et auquel l'auteur veut le rattacher, ont été plus rarement observés. Mais il y a lieu de remarquer que, entre l'érythème scarlatiniforme et la dermatite exfoliante généralisée subaiguë, on a observé des transitions graduelles et ce sont précisément ces cas d'érythème scarlatiniforme, comme celui qui nous occupe, c'est-à-dire des cas à évolution rapide, chute des cheveux et altérations des ongles, qui rapprochent l'érythème scarlatiniforme des cas légers de dermatite exfoliante subaiguë.

Dans le cas actuel, pour le diagnostic d'érythème scarlatiniforme il faut rappeler avant tout : l'apparition subite, le développement et l'extension d'un trouble appréciable de l'état général, l'état apyrétique, la durée et l'intensité de la desquamation. La forme des squames au visage, aux membres, aux mains et aux pieds correspond complètement à l'érythème scarlatiniforme; les symptômes qui s'en éloignent sont les squames à petites lamelles du tronc (semblables à du son), sur lequel elles sont d'ordinaire plus irrégulières et en lamelles un peu plus grandes ; enfin le peu d'importance des symptômes subjectifs. La marche plus rapide, l'absence d'élévation de température, les altérations des ongles, la chute des cheveux, ainsi que la faible intensité des symptômes subjectifs, différencient le cas ci-dessus du pityriasis rubra bénin subaigu (Brocq). Il s'agit donc d'un cas d'érythème scarlatiniforme à évolution lente. A. Doyon.

Érythrodermie. — CH. AUDRY. Sur un cas d'érythrodermie chronique sèche exfoliante d'emblée, type de Brocq. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 10 juin 1893, p. 270.)

Femme de 65 ans, ayant présenté il y a 19 mois, sans cause appréciable, des plaques rouges diffuses avec crevasses et desquamation d'abord fine, puis lamelleuse, sur la paume des mains, puis sur les membres inférieurs ; en peu de semaines la totalité du corps était envahie.

Actuellement un peu d'amaigrissement, à la face palmaire des mains et des doigts, épaississement épidermique extraordinaire, très irrégulier avec fendillements et quelques rhagades; ongles fortement épaissis, durs, soulevés à leur extrémité libre par une masse cornée, d'un blanc jaune, grenue ; à l'avant-bras, peau souple et rose, lames épidermiques fortes et transparentes sur la face antérieure, plus larges, très irrégulières, un peu plus épaisses sur la face postérieure ; sur les bras, squames abondantes, larges, feuilletées, faciles à détacher, minces, transparentes ; aux pieds, lésions plus accusées qu'aux mains ; lésions des jambes et des cuisses analogues à celles des avant-bras et des bras ; les poils des membres ont disparu, ceux des organes génitaux et du pénil sont rares ; sur la totalité de l'abdomen et du tronc, peau rose très peu infiltrée, couverte de desquamation lamelleuse, sans aucune papule ; sur la face, rougeur peu prononcée, semée de lamelles blanches et fines, un peu d'ectropion des paupières inférieures ; chute considérable des cheveux ; sur le cuir chevelu, fines squames blanches, furfuracées, se réunissant en petites nappes amiantacées au niveau de l'insertion des cheveux qui persistent ; muqueuses buccale et linguale intactes ; pas d'adénopathies notables ; démangeaisons violentes, devenant insupportables pendant les premières heures du séjour au lit ; pas d'albuminurie ni de glycosurie.

A l'examen histologique, cellules embryonnaires disposées en manchon le long des capillaires congestionnés et en traînées dans les espaces et les radicules lymphatiques ; infiltration embryonnaire considérable dans la zone dermo-papillaire, doublant ou triplant la hauteur des papilles dont les vaisseaux ne sont pas dilatés ; infiltration de nombreux leucocytes dans le corps muqueux dont l'épaisseur est diminuée au niveau des papilles ; le stratum granuleux et l'éléidine ont radicalement disparu.

État stationnaire, sauf diminution du prurit, pendant les 2 mois où la malade reste en observation.

GEORGES THIBIERGE.

Favus. — COSTANTIN et SABRAZÈS. Étude morphologique des champignons du favus. (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mai 1893, p. 354.)

Favus de l'homme (Achorion Schönleinii, Oospora porriginis). — Sa culture forme le plus ordinairement une croûte saillante à contours nettements définis et irréguliers, légèrement translucide, rappelant un peu la cire, de consistance assez ferme ; quelquefois, par les temps humides, des arborisations de mycélium se montrent sur les bords de la croûte qui perd son contour net. La largeur des filaments de mycélium est variable ;

ils se renflent souvent en massue à leur extrémité, puis se ramifient dichotomiquement à plusieurs reprises et irrégulièrement. A la surface de la croûte, on voit des filaments irrégulièrement ondulés et ramifiés, dont les extrémités se renflent et se séparent en chapelets irréguliers de cellules ovoïdes ou gemmes, lesquelles sont rarement sphériques, ordinairement aplaties transversalement ou allongées longitudinalement; les chapelets sont généralement courts, souvent séparés en fragments par des parties sur lesquelles les cellules ont l'aspect normal des cellules végétatives. Dans les cultures vieilles, les gemmes s'accroissent beaucoup, prennent une teinte jaune ocracé et se flétrissent, rappelant des outres à moitié vides. Ces caractères persistent après passages successifs sur la souris et sur l'homme.

Favus du chien (Oospora canina). — La culture, qui se développe très facilement à 12 ou 13°, n'a pas de contours nettement définis, sa partie superficielle est poudrée ou tomenteuse, de coloration rosée ou violacée. Le mycélium ne présente ni renflements ni divisions dichotomiques ; sur les bords de la culture, on trouve des filaments de cellules courtes cylindriques ou rétrécies vers le milieu ou légèrement bombées ; des fragments de filaments arrondis aux extrémités peuvent s'isoler en comprenant deux ou un petit nombre de cellules. Il peut se produire des gemmes tout à fait semblables à celles du favus de l'homme, disposées assez régulièrement dans quelques cas et affectant la disposition en longs chapelets, dont les éléments forment la transition avec les spores. Dans certaines formes dégradées, on trouve des transitions analogues des cellules végétatives aux cellules reproductrices.

Favus de la poule (Epidermophyton gallinæ). — Sur l'agar et la gélatine, il forme de larges taches blanches tomenteuses ; sur la pomme de terre, il produit des croûtes blanches, farineuses, peu étendues, avec une série de mamelons et de sillons irréguliers.

Les cultures sur pomme de terre forment de longs filaments mycéliens étroits cloisonnés transversalement 6 à 7 fois, souvent portés par un pédicelle étroit, rappelant assez bien les grandes spores épaisses de certaines mucédinées, assez souvent brusquement tronqués au sommet ou à la base. Les cultures sur gélatine additionnée de bouillon de veau, les longs filaments minces se terminent par des spores de forme et de structure assez variables, quelques-unes bi cellulaires et très renflées, d'autres tri cellulaires et très étroites, quelques-unes pluri cellulaires. Dans les cultures sur bouillon de veau, les pédicelles qui se terminent par des spores semblables aux précédentes peuvent différencier sur leur longueur des éléments analogues, séparés entre eux par des cellules stériles.

En somme, le favus de la poule ne présente jamais les gemmes caractéristiques des deux premières espèces, dont il diffère profondément. Le favus de l'homme et celui du chien, très voisins l'un de l'autre, diffèrent par l'aspect constant des cultures, par la structure du mycélium et par sa coloration.

Georges Thibierge.

Favus. — J. Folly. Beobachtungen über Infectionenmit dem Favuspilze. (*Archiv. f. Dermat. u. Syphilis.* Ergänzungshefte 1893, p. 181.)

L'auteur a eu l'occasion, dans la clinique du professeur Kaposi, d'observer quelques cas intéressants de contagion du favus. Il s'agit de 3 enfants et de 3 infirmières dont il rapporte les observations.

Ses expériences d'inoculation avec le favus et des cultures pures de trichophyton lui ont montré qu'après l'inoculation il s'écoule un laps de temps de 2 à 3 semaines avant de voir apparaître au point inoculé les premières modifications inflammatoires fortes. Souvent, il est vrai, il existe dans les premiers jours après l'inoculation des hyperhémies tout à fait légères mais elles disparaissaient en peu de temps complètement ou presque complètement. Après 2 à 3 semaines, il se produit au point inoculé ayant l'apparence de la peau normale, un processus inflammatoire intense et des efflorescences herpétiques caractéristiques.

Chez les 6 malades infectés par le favus, les phénomènes morbides produits sur la peau ont été différents. Chez 3, la période préliminaire dite herpétique s'accompagna de symptômes inflammatoires modérés et de desquamation épidermique. Dans l'un des cas, les phénomènes inflammatoires étaient très aigus, au point qu'il se produisit du pus dans les follicules pileux. Chez deux autres malades, les godets apparurent très peu de temps après les premiers phénomènes inflammatoires.

A. Doyon.

Hidrosadénites. — W. Dubreuilh. Des hidrosadénites suppuratives disséminées. (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1er janvier 1893, p. 63.)

M. Dubreuilh reprend dans ce travail l'étude des hidrosadénites suppuratives disséminées (acnitis et folliclis de Barthelémy) qu'il avait esquissée dans un travail antérieur (voir *Annales de dermatologie*, 1892, p. 483). Il rapporte in extenso l'observation qu'il avait résumée dans ce travail, en publie une nouvelle, puis résume l'histoire clinique et anatomo-pathologique de l'affection. Nous n'analyserons pas ce travail, dont le mémoire précédent résume très nettement la substance, mais que son importance nous obligeait à signaler ici. Mentionnons également les 2 belles planches héliotypiques qui l'accompagnent.

Georges Thibierge.

Hidrocystome.— A. R. Robinson. Hydrocystoma. (*Journal of Cutaneous and genito urinary diseases*, août 1893, p. 293.)

L'auteur commence par rappeler qu'au 8e meeting annuel de l'association dermatologique américaine, en 1884, il fit une communication sur les miliaires et les sudamina, et décrivit entre autres dermatoses ayant des relations avec les lésions des glandes sudoripares, une éruption particulière qui se produit sur la figure des femmes d'un âge moyen ou avancé qui transpirent abondamment de cette région du corps et qui s'exposent à la vapeur : elle est fréquente chez les laveuses. C'est donc à tort que la plupart des auteurs qui se sont depuis lors occupés de cette question ont

attribué au Dr G. T. Jackson l'honneur d'avoir le premier étudié ces faits dans le *Journal of Cutaneous and genito urinary diseases* en 1886, sous le titre de dysidrose de la face; cependant ce dermatologiste avait mentionné dans son mémoire le travail du Dr Robinson, disant que l'éruption de son cas correspondait comme localisation, aspect et étiologie aux sudamina du visage de Robinson, et était probablement la même maladie.

L'auteur a observé souvent cette affection à New-York ; il en a vu au moins 30 ou 40 cas depuis 1884 : tous, sauf une seule exception, étaient chez des femmes d'âge moyen ou d'âge avancé ; il en a vu un seul chez un jeune homme de 28 ans, chez lequel l'éruption était limitée à la moitié inférieure du côté droit du nez. La majorité des malades étaient des femmes qui faisaient la cuisine, qui lavaient et qui attribuaient leur maladie à un exercice excessif dans une atmosphère chargée de vapeur qui les avait fait beaucoup transpirer : il est vrai que l'auteur l'a aussi observée chez des personnes qui ne faisaient pas la cuisine et qui ne lavaient pas. Il n'en est pas moins vrai qu'elle se développe surtout chez les sujets d'un certain âge qui transpirent beaucoup, qu'elle se voit surtout pendant l'été, qu'elle a de la tendance à disparaître en hiver.

Elle siège surtout sur la partie inférieure du front, sur les régions orbitaires, le nez, les joues, souvent les lèvres. Jamais l'auteur ne l'a observée sur la mâchoire inférieure, le cou ou le reste du corps.

Les lésions sont discrètes ou situées tout à fait à côté les unes des autres, il n'est pas ordinaire qu'elles soient groupées, surtout si elles ne sont pas fort nombreuses.

Chaque élément éruptif a l'aspect d'une vésicule tendue, claire, brillante, de forme obtuse, ronde ou ovoïde, et variant comme dimensions de celles d'une tête d'épingle à celles d'un pois. Elles sont, tout d'abord, profondément situées, c'est-à-dire que leur base s'enfonce dans le chorion, et elles font sur le niveau des téguments des saillies proportionnelles à leur volume. Les plus petites ressemblent tout à fait à des graines de sagou bouilli. Les plus volumineuses ont parfois une coloration d'un bleu noirâtre plus marqué à leur périphérie. Quand leur contenu se dessèche, les lésions tendant à disparaître, prennent une teinte blanchâtre analogue à celle du milium. La peau qui recouvre les lésions n'est pas enflammée, et nulle part il n'y a de signe d'inflammation. Si la lésion est volumineuse, on voit souvent se développer tout autour d'elle un trouble circulatoire léger sous la forme d'un peu d'hyperémie : c'est à peine si le malade éprouve une minime sensation de tension.

Le contenu des vésicules est clair, ne devientjamais jaunâtre, se dessèche peu à peu sans rupture après une durée d'une, deux ou plusieurs semaines ; il est légèrement acide, jamais alcalin. Dans les derniers stades de son évolution, l'élément éruptif peut prendre un aspect analogue à celui du milium.

L'examen histologique démontre que la couche cornée et le corps muqueux sont pour ainsi dire normaux ; dans les premières périodes de l'affection, la couche papillaire semble aussi être normale ; mais si la lésion augmente de volume, elle finit par la comprimer et on y trouve alors quelque infiltration leucocytique. Les altérations les plus importantes se voient

dans la couche profonde du chorion et dans le tissu cellulaire sous-cutané. En certains points, les glandes sudoripares ont leur conduit dilaté par une accumulation de liquide et de matière granuleuse ressemblant à celle des glandes normales, mais en plus grande quantité. D'autres glandes ont un contenu granuleux sans aucune dilatation du conduit. Il est probable que la lésion tient à l'obstruction du conduit vers la partie inférieure du chorion. Des coupes très démonstratives prouvent, en effet, que ces vésicules se développent peu à peu de la profondeur à la surface par suite de l'obstruction d'un canal glandulaire ; ces petits kystes sont tapissés par l'épithélium.

Le liquide contenu dans ces lésions est toujours, au moins dans les premières périodes, limpide, clair et légèrement acide comme la sueur normale, ce qui semble prouver que ce sont bien les glandes sudoripares qui sécrètent la sueur.

L'auteur n'a pu donner d'explication plausible de leur mode de production.

Les sudamina ne peuvent être confondus avec ces lésions, car ils sont dus à la rétention de la sueur dans la couche cornée, et sont par suite beaucoup plus superficiels.

La dysidrose n'a rien de commun avec cette maladie, car c'est une affection aiguë, inflammatoire, caractérisée par le développement en des endroits bien précis de vésicules plus ou moins volumineuses, profondes, à évolution connue, et dont les caractères cliniques et histologiques diffèrent totalement des lésions que nous venons d'étudier. Aussi est-ce bien à tort que Jackson, Jamieson, Rosenthal et Hallopeau les ont décrites sous le nom de dysidrose de la face.

L'auteur propose pour elle la dénomination d'*Hidrocystoma*.

(Ce mémoire de Robinson nous paraît digne à tous égards d'une mention particulière. Nous avons nous aussi observé quelques cas de cette curieuse affection, et jamais nous n'avons pu admettre qu'il s'agisse là de dysidrose. Les vésicules transparentes, cristallines, parfois un peu bleutées à leur périphérie, comme l'indique fort bien Robinson, sont dures, résistantes, profondes, et il faut un certain effort pour les ouvrir avec une aiguille. Quand on en a fait sortir le liquide transparent qu'elles contiennent, il reste une sorte de dépression intradermique à la place qu'elles occupaient. Il semble que l'on doive élargir leur cadre étiologique. C'est ainsi que je les ai observées en grand nombre chez un homme âgé de 65 ans, qui avait été longtemps atteint d'eczéma rebelle de la face, et qui faisait depuis plusieurs années un usage constant sur la figure d'une pommade à l'oxyde de zinc légèrement résorciné. Les éléments d'hidrocystoma occupaient chez lui la partie inférieure du front, les paupières, le nez, les régions voisines des joues : ils étaient fort nombreux. Ils n'avaient que peu ou point de tendance à disparaître spontanément. On ne pouvait évidemment pas les assimiler à des éléments de dysidrose.) L. B.

Hyperkératose. — E. Rovighi. Di una ipercheratosi non ancora descritta. *(Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* septembre 1893, p. 356.)

Rovighi décrit dans ce mémoire, avec 6 observations personnelles (dont

2 ont trait aux malades étudiés par Mibelli) la forme de kératose à laquelle Mibelli consacre dans le même fascicule le mémoire analysé ci-dessus.

La description clinique est plus détaillée que celle de Mibelli, qui donne pourtant tous les caractères essentiels de la maladie.

L'examen histologique lui a montré des lésions un peu différentes de celles décrites par Mibelli : l'hyperkératose portait surtout sur l'orifice des glandes sudoripares et des glandes sébacées, ces dernières étant dilatées comme les glandes sudoripares. Aussi, après avoir noté la ressemblance clinique de l'affection avec certaines formes d'icthyose, déclare-t-il qu'elle devrait être désignée sous le nom d'hyperkératose ou porokératose excentrique de l'embouchure des glandes tubulaires et acineuses libres.

Georges Thibierge.

Hypertrichose. — Ch. Féré. Sur un cas d'hypertrichose de la partie inférieure du corps chez un épileptique. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai et juin 1893, p. 142.)

Homme de 28 ans, épileptique ; quelques poils follets à peine colorés sur les membres supérieurs et la partie supérieure du tronc ; poils abondants, longs et noirs, dont beaucoup ont 2 centimètres de long, sur les membres supérieurs, les fesses et le pourtour du bassin, formant un véritable caleçon ; les poils s'arrêtent sur une ligne transversale passant un peu au-dessous de l'apophyse épineuse de la 2e lombaire ; en avant, la région velue se prolonge des aines vers l'ombilic, en diminuant graduellement et la transition est beaucoup moins brusque.

Féré insiste sur la topographie de l'hypertrichose dans ce cas ; elle montre que cette localisation systématique ne se rencontre pas seulement dans les maladies organiques du système nerveux (myélites, pachyméningite spinale, etc.), auxquelles elle est ordinairemt liée, mais peut être due à un trouble d'évolution congénitale de cause inconnue.

Georges Thibierge.

Iodisme. — William Logie Russell. Acut Iodism. (*Medical Record*, 12 août 1893, p. 207.)

Malade âgé de 68 ans, robuste, bien portant, sauf un rhumatisme chronique qui avait subi une légère poussée aiguë, pour laquelle on lui prescrivit un sirop renfermant environ 8 grammes de sirop d'iodure de fer, 4 grammes d'iodure de potassium, pour 130 grammes de sirop simple : on lui en donna une cuillerée à café le premier jour, deux le second jour, et deux autres le troisième. La dose totale d'iodure prise en trois jours n'atteignit donc pas tout à fait un gramme.

Les phénomènes d'iodisme se produisirent chez lui avec une telle intensité que, dès ce troisième jour, on fut obligé de tout interrompre. Le malade avait un coryza et une conjonctivite des plus intenses, il se produisit des hémorrhagies par le nez et les oreilles. Des bulles se formèrent sur la face, le cuir chevelu, le cou, la poitrine, les bras, les mains, les jambes et les pieds : quelques-unes avaient les dimensions d'une pièce de 5 francs

en argent et contenaient un liquide sanieux. Les paupières étaient ulcérées, enflées, recouvertes de croûtes, et cachaient complètement les globes oculaires. Les narines étaient oblitérées par les croûtes. Les muqueuses de la bouche et de la gorge étaient enflammées, érodées, et la déglutition était douloureuse et difficile. La voix d'abord voilée finit par disparaître complètement.

Des ulcérations superficielles se formèrent à l'endroit de la plupart des bulles. Enfin le malade succomba le dixième jour aux progrès de l'inanition et à des phénomènes insidieux de pneumonie. L. B.

Kerion de Celse. — H. C. Slomann. 2 Filfalde af Kerion Celsi. Deux cas de Kerion Celsi. (*Hospitalstidende*, 16 août 1893.)

L'auteur relate deux observations de *Kerion Celsi*, qui lui ont paru mériter l'attention générale, puisqu'elles contestent les conclusions de M. Sabouraud, dont l'auteur résume les travaux sur la *tricophytie*.

Il avait observé son premier cas avant la publication des recherches de Sabouraud et n'a pas fait d'analyse microscopique que dans le deuxième cas, dans lequel il constata la présence d'un parasite *microsporique* (3 μ). Mais l'opinion de M. Sabouraud est que ce ne sont que les espèces macrosporiques qui sont capables de produire le « kérion ». Chez le même malade, on trouva, au visage, deux taches de « herpès vesiculosus ».

L'auteur n'ose pas affirmer qu'elles étaient dues au même parasite, puisqu'il ne trouva que des filaments du mycèle et pas de spores, mais Sabouraud dit que, quand on trouve chez le même individu plusieurs efflorescences tricophytiques, elles sont dues toujours à la même espèce. M. S. prétend aussi que les formes microscopiques sont incapables de ne produire sur la peau extérieure que des formes avortées et pas de lésions actives.

L'auteur ne trouve donc aucune concordance entre ses deux observations et les résultats de M. Sabouraud.

Et A. Johansen (Kerion Celsi, *Hospitalstidende*, 6 septembre 1893) n'a pas été plus heureux.

Il émet les opinions suivantes :

La tricophytie de la race bovine, transmise à l'homme, donne des éruptions, qui se distinguent facilement des tricophyties ordinaires, qu'on suppose communiquées de l'homme à l'homme ou des petits animaux domestiques à l'homme.

Les taches présentent une pigmentation plus brunâtre ; les bords sont formés de vésicules avortées, le centre est moins desquamant ; les taches sont peu nombreuses et grandissent plus vite jusqu'à former de grandes plaques ovalaires ou cystiques.

Il a observé deux cas de « kerion celsi » qui dérivaient tous les deux de vaches.

Le premier cas fut observé chez une paysanne, chez laquelle le « kérion » siégeait sur le côté de la tête, qu'elle appuyait en tirant le lait contre le flanc de la vache. Sa fille avait une tricophytie ordinaire bovine sur le bras.

Le deuxième cas fut observé chez un garçon qui présentait un « kérion »

demi-cerclé du cuir chevelu et le demi-cercle complémentaire sur la peau du visage avait l'aspect d'une tricophytie ordinaire bovine.

M. Johansen n'a jamais rencontré la forme ordinaire de tricophytie du cuir chevelu à la suite de transmission bovine.

EHLERS (de Copenhague).

Lèpre. — STANLEY BOYD. Le traitement de « Bhau Daji » contre la lèpre. (*The Brit. Journ. of Derm.* juillet 1893, p. 203.)

Le Dr Boyd, chirurgien du « Charing cross hospital » de Londres, est parvenu à réunir quelques papiers que l'on croyait perdus, concernant le traitement renommé jadis, employé par Bhau Daji à Bombay de 1868 a 1872 contre la lèpre. D'autre part il vient de retrouver en état de guérison parfaite, 25 ans après sa maladie, un des anciens lépreux de Bhau Daji. La question présente donc un réel intérêt.

Bhau Daji, médecin indigène, était gradué du « Grant medical college » de Bombay. Un de ses maîtres, le Dr Morehead, lui avait suggeré l'idée de rechercher et d'étudier les divers traitements employés par les indigènes contre la lèpre. Bhau Daji commença ses recherches dès 1859 et en 1862 il annonça au Dr Duff, de Calcutta, qu'il essayait dans son « *dispensaire charitable* » de Bombay, un médicament qui pouvait donner de l'espoir aux lépreux.

Dès 1868, furent publiées », dans les journaux indiens, des lettres d'anciens lépreux reconnaissants de leur guérison. Ces résultats firent grand bruit à Bombay ; mais Bhau Daji gardait son remède secret, ne voulant pas le livrer au public médical avant qu'il eût obtenu une somme d'expérimentation suffisante. En janvier 1873, il fut frappé d'apoplexie, et l'on crut toujours qu'il avait emporté son secret avec lui. Mais le médecin indien l'avait confié à trois Européens de ses amis. C'est l'un d'eux qui vient de remettre au Dr Boyd un certain nombre de papiers qui ont permis de reconstituer la méthode. Le traitement était fondé sur l'emploi intus et extra de l' « *huile de l'hydnocarpus inebrians* » connue parmi les indigènes sous le nom d' « *huile de Kanti* ». L'huile était administrée chaque matin à doses très variables dans du lait bouilli. Puis le corps entier était frotté d'huile, en restait enduit pendant deux heures, après quoi le malade se lavait dans un bain chaud. Parfois, aussitôt après le bain, on recommençait la friction huileuse et le malade ne s'essuyait que le soir après avoir marché jusqu'à transpiration. Plus rarement, on ne pratiquait la seconde onction que le soir et le malade dormait jusqu'au matin dans l'huile.

L'huile de Kanti s'appliquait fort bien sur les muqueuses ; on en faisait couler dans les fosses nasales.

En même temps, un régime sévère interdisait le porc, le bœuf, le poisson, les boissons alcooliques, le thé, le café et autorisait à volonté le lait, les fruits, les végétaux, le beurre, les œufs, le mouton et la volaille.

C'est au bout de un mois et demi à deux mois que les premiers effets du traitement se faisaient sentir par l'affaissement des tubercules, la diminution de la rougeur et la cicatrisation des ulcères.

Le Dr Boyd cite, alors, un certain nombre d'observations de guéri-

sons et d'améliorations, d'après les notes de l'hôpital de Bhau Daji et les compléments d'informations qu'il a pu obtenir au sujet des malades 20 ans au moins après la cessation de tout traitement. Nous citerons seulement celle de ces observations qui paraît la plus probante. Elle concerne un jeune garçon de 13 ans, « un Européen pur », au sujet duquel le père écrivit dans le *Times of India* la lettre suivante :

« Mon fils T. B. H., âgé de 13 ans, a été atteint de lèpre, il y a 3 ans. Les bras, les mains, les doigts, les jambes, les genoux, les pieds étaient enflés et sans force ; au point que l'enfant, ne pouvant se tenir debout, devait sans cesse être porté. La face était enflée et méconnaissable ; le nez, les oreilles étaient triplés de volume. C'est alors que sur les conseils du Dr Blaney je confiai l'enfant aux soins du Dr Bhau Daji.

« Bien m'en prit, car je suis heureux de dire que l'enfant est actuellement en parfaite santé. Il marche, court et saute comme tous les enfants de son âge. »

Suivait, dans les notes, le certificat suivant du Dr John Henry Sylvester, professeur de médecine et principal au grand collège.

« Bombay, août 1872.

« A la requête du Dr Bhau Daji, j'ai examiné le petit T. B. H., âgé de 13 ans. J'ai vu les photographies prises à différentes périodes par MM. Lundley Warrer et Sergeant.

« L'enfant était atteint de lèpre tuberculeuse à peu près généralisée, mais intense surtout à la face, à la poitrine, aux cuisses et aux jambes. Actuellement, après deux années et demi de traitement, il est complètement guéri. La peau est douce et normale, l'enfant a toutes les apparences d'une excellente santé. »

Le Dr Sylvester, en réponse à une demande d'explication du Dr Boyd, a reconnu l'authenticité de ce certificat.

D'autre part M. Boyd est parvenu à retrouver tout dernièrement le père du jeune T. B. H., et ce dernier, âgé maintenant de 33 ans, jouit d'une parfaite santé et exerce à Londres le métier de charpentier.

LOUIS WICKHAM.

Lèpre. — KALINDERO. L'application des vésicatoires comme moyen de diagnostic dans la lèpre. (*Roumanie médicale,* mars 1893, p. 3.)

A propos de la communication de M. Pitres à l'Académie de médecine, Kalindero fait remarquer qu'il n'a pas dit que la sérosité du vésicatoire contient le bacille de Hansen, mais bien le pus produit par le vésicatoire. Il décrit de la façon suivante le procédé qu'il emploie.

Il applique un vésicatoire de 5 à 6 centim. de diamètre, de préférence sur le trajet d'un des nerfs radial, cubital, médian dont le territoire est le siège de troubles trophiques. Le vésicatoire est appliqué après lavage avec une solution de sublimé au 1000e laissé en place pendant 7 à 8 heures, puis le soulèvement épidermique est incisé, le pansement est fait, après lavage avec une solution boriquée à 4 p. 100 au moyen de gaze imbibée de la même solution. Le lendemain, le même vésicatoire est

replacé pendant 7 à 8 heures et le pansement fait de la même façon; le 3e jour on applique un nouveau vésicatoire qui est réappliqué encore le 4e jour: on voit alors apparaître le pus dans lequel on trouve les bacilles. Il est surtout utile de ne pas panser à la vaseline, car elle rend les préparations sales.

Kalindero rapporte 3 nouveaux cas de lèpre trophoneurotique dans lesquels il a pu faire le diagnostic grâce à ce procédé.

GEORGES THIBIERGE.

PITRES et SABRAZÈS. — Lèpre systématisée nerveuse à forme syringomyélique. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai et juin 1893, p. 121.)

Les auteurs rapportent in extenso, avec photographies et schémas, une observation qui a fait l'objet d'une importante communication de M. Pitres à l'Académie de médecine, sur la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic de la lèpre (voir *Annales de dermatologie*, 1893, p. 291).

Nous relèverons le manuel opératoire employé par les auteurs pour obtenir le fragment nerveux sur lequel ont porté leurs recherches : une incision de 6 centimètres fut faite le long du bord radial de l'avant-bras, dans une région anesthésique, parallèlement à un filet du nerf musculo-cutané que l'on sentait sous la peau; le nerf fut mis à nu sans difficulté, et excisé sur une longueur de 1 centimètre.

Les auteurs, se basant sur leur observation personnelle, et sur celles de Thibierge et de Chauffard, insistent sur le diagnostic de la lèpre et de la syringomyélie, qui s'appuie sur le séjour dans les pays où la lèpre est endémique, sur le début à l'âge adulte, sur l'existence de phénomènes céphaliques (quoique ceux-ci puissent quelquefois s'observer dans la syringomyélie), sur l'absence de déviations du rachis, sur l'hypertrophie des nerfs cubitaux, lesquels peuvent être ou non le siège de nodosités dans la lèpre, sur la présence dans quelques cas de larges macules hyperhémiques avec troubles sensitifs, enfin sur l'examen bactériologique qui est le principal, sinon le seul élément certain de diagnostic dans les cas douteux.

GEORGES THIBIERGE.

Lèpre (traitement). — D. C. DANIELSSEN. Zur Therapie der Lepra. (*Archiv. f, Dermatologie u. Syphilis*, 1893, Ergänzuncegshefte, p. 3.)

Nous avons résumé ici même un cas de lèpre tubéreuse du Brésil publié par le Dr Unna, et que cet auteur disait avoir guéri par l'emploi de pommades, de pilules de chrysarobine, d'acide salicylique et de créosote, ainsi que par l'administration interne de l'ichthyol. Mais la guérison n'était qu'apparente, car environ un an après son retour dans son pays natal, cette malade mourut de la lèpre dans un état misérable. Danielssen a essayé la méthode d'Unna chez quelques lépreux atteints de lèpre nodulaire; mais il n'en a pas obtenu de grands résultats. Au commencement de 1889, il changea un peu la médication à la suite des rapports favorables que le Dr Unna, et plus tard le Dr Dreckann, de Vienenburg, fournirent sur leur mode de traitement.

Danielssen rapporte ensuite dans les plus grands détails l'histoire d'un lépreux, âgé de 22 ans, dont la maladie aurait débuté deux ans auparavant par une éruption de nodosités sur les mains. On prescrivit à l'intérieur des pilules d'ichthyol à dose croissante ; extérieurement application matin et soir, sur les membres supérieurs et inférieurs, d'une pommade d'acide pyrogallique à 10 p. 100, sur la poitrine, le dos, le cou et les joues, de chrysarobine à 10 p. 100, et enfin sur le front et le menton, d'un emplâtre de chrysarobine, d'acide salicylique et de créosote. Sous l'influence de cette médication, l'état du malade parut au début s'améliorer considérablement, presque toutes les nodosités et infiltrations disparurent, mais simultanément le malade maigrit et perdit ses forces.

A cette époque, il survint sous le gros orteil du côté droit une bulle de pemphigus. Environ deux mois plus tard, nouvelle éruption de nodosités sur le dos de la main droite ; à peu près à la même époque on constata les premiers symptômes d'une pleurésie sèche, qui se compliqua ultérieurement de tuberculose des deux poumons et, malgré un traitement des plus énergiques, le malade mourut quelques mois plus tard.

A l'autopsie, le poumon gauche est très adhérent à la plèvre, au diaphragme et en partie aussi au péricarde. Dans les deux lobes il existe partout des nodosités plus ou moins volumineuses ; ce sont des groupes de tubercules, dont la plupart sont caséeux. Dans les deux poumons, la muqueuse brinchoalc est recouverte d'un dépôt purulent, friable. Le poumon droit est très adhérent, le lobe supérieur présente des cavernes plus ou moins étendues avec contenu purulent, caséeux. Il y a aussi de nombreux tubercules, en groupes ou isolés. Dans l'intestin grêle ainsi que dans le gros intestin, nombreuses ulcérations. Le foie est très hypertrophié, sa surface est dure, inégale ; réaction amyloïde.

Les reins sont aussi augmentés de volume ; pas de réaction amyloïde. Les deux nerfs cubitaux sont légèrement épaissis.

Examen microscopique. — Le foie est le siège, principalement autour des vaisseaux, d'une abondante infiltration de cellules rondes. Çà et là amas de bacilles lépreux, un peu moins compacts que dans les productions lépreuses ordinaires.

Pas de bacilles dans la rate. Dans la tunique albuginée, infiltration de cellules rondes, et de grosses cellules remplies de nombreux bacilles lépreux.

Dans des coupes des nerfs cubitaux il existe partout une infiltration entre les fibres nerveuses ; dans ces infiltrats, nombreux bacilles. Dans des coupes provenant des poumons, infiltration avec cellules épithélioïdes, cellules rondes et bacilles isolés ; dans beaucoup de coupes pas de bacilles. Dans l'intestin, des coupes provenant des bords infiltrés des ulcères présentent des tubercules évidents et çà et là des bacilles isolés.

Ce cas est particulièrement intéressant en ce que les agents thérapeutiques, avec lesquels Unna et Dreckmann ont obtenu des résultats favorables, ont été employés ici et ont paru avoir pendant un certain temps une action efficace, attendu que les nodosités disparurent presque partout, bien qu'avec une émaciation considérable et la perte des forces. Mais cette amélioration persista à peine un mois ; la malade se plaignit alors

de douleurs dans la partie postérieure et inférieure de la poitrine que l'auteur prit au début pour une névralgie intercostale, comme il en survient assez fréquemment chez les lépreux. Bientôt après se manifestèrent tous les signes d'une pleurésie sèche commençante et en même temps une nouvelle éruption de nodosités sur un mollet et aux deux avant-bras.

Environ un mois après, douleurs dans le côté droit de la poitrine ; on constate à ce moment que non seulement la plèvre, mais aussi les deux poumons sont envahis.

Tout indiquait qu'il s'agissait d'une tuberculose de ces organes. Dans les derniers temps de la maladie le nerf cubital de chaque côté commença à se tuméfier ; élévation de la température vespérale, diarrhée, et malgré les soins les plus attentifs la malade mourut.

L'auteur a démontré que souvent, quand les nodosités disparaissent pour un motif quelconque, il survient une tuberculose pulmonaire qui tôt ou tard entraîne la mort du malade ; il fut un temps, avant la découverte des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, où il croyait que les détritus des nodosités ramollies pénétraient dans le sang, irritaient le tissu pulmonaire et provoquaient la tuberculose.

Il avait également, au début de ses recherches sur la lèpre, regardé les altérations tuberculeuses des poumons comme un processus lépreux. Après la découverte des deux bacilles, il est resté convaincu que la tuberculose chez les lépreux est différente de la lèpre vraie, quel que soit le rapport existant entre ces deux maladies.

A son entrée à l'hôpital, ce malade avait les poumons sains, il en est du reste ainsi chez beaucoup de lépreux ; après la disparition presque complète des nodosités, la tuberculose pulmonaire survint, et l'autopsie montra qu'elle ne se distinguait en rien de la tuberculose des sujets non lépreux. Les bacilles trouvés dans les poumons étaient de véritables bacilles lépreux et tuberculeux, autant qu'il est possible de différencier les bacilles de la lèpre de ceux de la tuberculose.; on les trouva disséminés dans le tissu, mais non en amas dans les cellules comme dans la lèpre. Ne peut-il pas y avoir eu ici une transformation ? Le bacille lépreux, dans le milieu altéré où il est arrivé, n'a-t-il pas pu subir une modification ?

Selon Arning, l'affection pulmonaire dans la lèpre serait de nature lépreuse, mais il n'a en rien justifié cette manière de voir. S'il en était ainsi, on pourrait le prouver par des inoculations. A l'hôpital, on a fait d'assez nombreuses inoculations aux animaux et quelques-unes aux hommes ; on a entrepris aussi des essais très variés de culture avec la lèpre, mais ils ont tous été négatifs, et il en a été de même pour tous les autres observateurs qui ont fait des recherches analogues.

Outre le cas ci-dessus, Danielssen a encore traité 12 autres lépreux d'après la méthode de Unna-Dreckmann, 4 atteints de lèpre anesthésique, 4 de lèpre tubéreuse et 4 de forme mixte ; il résume ensuite brièvement l'observation de la plupart de ces malades. Cet exposé était nécessaire, parce que les résultats qu'il a obtenus, les remèdes employés ne correspondent nullement aux données des deux auteurs allemands, et surtout parce que dans le journal d'Unna on a affirmé que « la lèpre est curable ».

Or, de ce que les nodosités dans les cas traités par Unna et Dreckmann

ont en partie tout à fait disparu, que les infiltrats nodulaires ont été résorbés entièrement ou en partie, que l'état général, en somme, paraissait bon, on s'est laissé entraîner à croire que la maladie était enrayée, que la lèpre était guérie. Mais malheureusement, dans les 50 années pendant lesquelles l'auteur s'est occupé de la lèpre et de son traitement, il a pu voir que la solution n'est pas aussi simple. Il y a, comme Danielssen l'a démontré dans plusieurs rapports annuels, de nombreuses méthodes qui permettent de faire disparaître les nodosités et les taches, sans pour cela qu'il y ait guérison. Par des lavages énergiques avec l'acide phénique, des frictions avec le savon de potasse, qui provoquent une abondante desquamation, par l'emploi d'huiles irritantes, comme l'huile de gurjun, etc., on peut obtenir une action analogue ; mais elle dure peu. Des maladies intercurrentes aiguës, telles que l'érysipèle, le typhus, la rougeole, la scarlatine et la variole peuvent amener la disparition des produits lépreux, — mais cette disparition n'est jamais que momentanée. L'auteur a vu une épidémie de variole au Saint-George's-Hospital, dans laquelle plusieurs lépreux furent atteints et quelques-uns succombèrent. On constata que, chez les survivants, les affections lépreuses avaient disparu d'une manière notable, en plusieurs régions même complètement, de telle sorte qu'il commençait à croire que la variole exerçait une influence très favorable chez les lépreux. Mais six mois s'étaient à peine écoulés que de nouvelles nodosités et taches apparurent, et la lèpre parut même prendre une marche plus rapide.

L'auteur a employé l'hydroxylamine dans quelques cas, — de 1 gr. 50 à 2 gr. 50, pour 20 gr. de glycérine et 80 d'alcool; des pommades à 2 p. 100, — mais comme au bout de 4 à 5 mois de ce traitement, il n'a observé aucune modification essentielle, il a cessé ce remède.

Il a eu ensuite recours aux injections sous-cutanées d'europhène (1 gr. 50 dans 100 gr. d'huile d'olive, une seringue de Pravaz, donc 0,015 d'europhène). Il les a employées chez cinq malades mais sans résultat, bien que la dose d'europhène ait été portée à 0,031.

Il en a été de même de l'aristol, son action a été absolument identique à celle de l'iodure de potassium, de sorte qu'au bout de trois semaines, il dut cesser ce traitement. A. Doyon.

Leucoplasie. — D. W. Montgomery. Some cases of Leucoplasia. *Travail lu devant la Société médicale de l'Etat de Californie* en avril 1893.

L'auteur relate quatre observations de leucoplasie développée chez des syphilitiques et des fumeurs, et les fait suivre de quelques considérations sur la pathogénie et le traitement ; nous n'avons à y relever aucune opinion vraiment nouvelle : cet article est évidemment inspiré par les recherches récentes des auteurs français sur la matière. L. B.

Lichen ruber. — Sederholm. Bidrag till kännedomen om lichen ruber. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.*, 1893, häft 1.)

Sederholm rapporte 9 observations de lichen plan dans chacune desquelles, sauf une, on voyait les papules planes caractéristiques ordinaires :

dans 2 cas, le lichen corné coïncidait avec ces papules qui dans un cas avaient la forme obtuse; une fois il y avait simultanément des papules planes et des papules obtuses. Dans un cas, l'éruption fut très aiguë et compliquée de troubles sensitifs très accentués, de douleurs et d'une sensibilité exagérée. Dans deux cas, la piqûre d'épingle au niveau des papules provoquait invariablement du prurit, aussi bien qu'un attouchement léger et le grattage des papules.

Il a observé un cas qui ne peut être rapporté ni au lichen planus ni au lichen ruber acuminatus, et qu'il considère comme appartenant probablement au lichen ruber de Hébra-Kaposi. Il était caractérisé par des papules pâles ou rouges, uniformément de la dimension d'un grain de millet, hémisphériques et disposées linéairement sur une peau d'abord saine, puis infiltrée et considérablement épaissie. La maladie n'était pas accompagnée de prurit, mais d'un léger endolorissement et d'une augmentation de sensibilité au froid. L'éruption s'est étendue peu à peu sur la majeure partie du corps, sans toutefois que pendant les 3 ans que le malade a été observé jusqu'ici, l'état général ait empiré bien sensiblement. L'emploi de l'arsenic à hautes doses ne provoqua aucune modification pendant un traitement de 6 mois.

L'auteur cite, en terminant, un cas de lichen qui se rapproche surtout du lichen ruber acuminatus de Kaposi, tout en se différenciant sensiblement, par la marche et la forme des efflorescences, du pityriasis rubra pilaire.

GEORGES THIBIERGE.

Lupus. — P. TOMMASOLI. Su di alcuni tentativi di cura locale del lupus, mercè iniezioni di siero di sangue di cane. (*La Riforma medica*, 20 et 22 mai 1893, p. 483 et 495.)

Tommasoli, chez 3 sujets atteints de lupus, a injecté du sérum de sang de chien, le sang étant pris dans la veine fémorale de l'animal et le sérum recueilli après 2 à 3 heures de repos du sang dans un vase refroidi; les injections étaient faites localement, à l'intérieur ou au voisinage immédiat des nodules lupiques, en plusieurs points des lésions, à la dose de 2 à 6 dixièmes de centimètre cube; elles produisaient pendant un ou deux jours une réaction locale avec tuméfaction des parties voisines, prurit et œdème, sans réaction générale appréciable. Ce traitement a provoqué une légère diminution des nodules lupiques, mais en réalité cet effet a été, l'auteur y insiste, très minime.

GEORGES THIBIERGE.

Maladie de Morvan. — J. HOGARTH PRINGLE. Maladie de Morvan. (*The Brit. journ. of Derm.*, juillet 1893, p. 193.)

Le Dr Pringle, assistant chirurgien du « Royal Infirmary » de Glasgow, à l'occasion d'une intéressante observation que nous allons reproduire, passe en revue dans un historique au courant, les récentes discussions qui se sont élevées au sujet de la nature de la maladie de Morvan.

Il analyse les diverses opinions qui ont cours sur les rapports de la syringomyélie, de la lèpre anesthesique et de la maladie de Morvan, puis conclut, d'après sa propre expérience, au voisinage très étroit de la syrin-

gomyélie et de la maladie de Morvan, et ajoute que l'identité de cette dernière affection avec la lèpre anesthésique est loin d'être prouvée.

L'observation du Dr Hogarth Pringle est instructive en ce sens que l'on trouve réunis chez une même malade des signes de la maladie de Morvan et de la syringomyélie.

Les premières notes datent du 7 octobre 1891. Mme K..., âgée de 23 ans, ne présente aucune tare héréditaire, et a toujours joui d'une bonne santé. Mariée à 19 ans, elle a deux enfants bien portants. Pas de fausse couche. Pas d'histoire de syphilis. Elle se souvient d'avoir eu il y a huit ans une forte écorchure à la main et au bras gauches, et l'année suivante une brûlure à la face interne des doigts de la main gauche. Elle n'a jamais, à aucun moment, senti d'engourdissements aux doigts, aux orteils, au nez ou aux oreilles.

Deux années après, sans aucune cause apparente, survint au niveau de la phalange du medius de la main gauche une inflammation, puis un abcès douloureux et de la nécrose, qui obligèrent à l'amputation du doigt.

La cicatrisation fut normale ; mais à ce moment il y eut de l'anesthésie et de l'analgésie à la main gauche.

En 1889, quatre mois avant la naissance de son second enfant, âgé maintenant de deux ans, survint une lésion semblable à l'annulaire gauche avec nécrose et perte de la dernière phalange. Le lendemain de l'accouchement une même affection commença à l'auriculaire gauche, et fut suivie de la nécrose des deux dernières phalanges. C'est à l'occasion d'une inflammation identique développée au niveau des deux premières phalanges de l'index gauche à la suite d'une coupure et d'une ulcération consécutive sans tendance à la cicatrisation, que la malade est venue le 7 octobre 1891 se faire soigner à l'infirmerie royale. A son entrée, l'examen de la sensibilité donne, du côté gauche, de l'anesthésie de la face palmaire des doigts et de la main et une simple diminution de la sensibilité à la face dorsale; de l'analgésie de tout l'avant-bras et de la face externe et postérieure du bras et une diminution de la sensibilité au chaud et au froid à la face interne et antérieure du bras.

Du côté droit, pas d'anesthésie, mais perte de la sensibilité calorique au-dessous du coude. Sensibilité normale partout ailleurs.

On constate une atrophie musculaire considérable aux éminences thénar et hypothénar. Il y a de la scoliose, la principale courbure siégeant à l'extrémité inférieure de la région dorsale. Les yeux sont atteints de nystagmus rotatoire. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés ; pas de réflexes plantaires. Le bras gauche est plus faible que le droit. On observe une ulcération, de l'étendue d'une pièce de deux francs, derrière le coude gauche et trois petites taches blanc jaunâtre à la face postérieure du cou, du côté gauche.

Au mois de décembre 1891, les points de nécrose de l'index gauche s'étaient éliminés.

Le 9 février 1892, l'anesthésie de la main gauche a complètement disparu ; mais au côté gauche du cou il y a une plaque d'anesthésie.

Au niveau de cette zone anesthésiée et à la face postérieure de l'oreille gauche, la malade ne distingue pas le froid du chaud. Les petites taches

blanc jaunâtre se sont multipliées au côté gauche du cou; on en rencontre jusqu'à la lisière du cuir chevelu, le plus grand nombre d'entre elles se sont élargies. Quelques-unes sont cicatricielles. On constate de l'analgésie au niveau de quelques taches, et parfois de l'hyperesthésie de la peau environnante. De plus, on voit, près du cuir chevelu, deux ulcérations à bords rouges et épais à fond brillant; une ulcération plus petite au niveau de la seconde côte, près du bord gauche du sternum. L'ulcère du coude n'est point cicatrisé. Le nerf cubital gauche, en arrière du coude, est plus épais que le droit.

29 août 1892. Mêmes phénomènes sensoriels. Les taches du cou sont plus nombreuses. La malade se sent très faible, et peut à peine marcher.

12 novembre. Anesthésie de toute la main gauche et du tiers inférieur de la face antérieure de l'avant-bras. Perte de la sensibilité calorique à la face dorsale de la main. L'anesthésie au cou s'étend sur une large surface, tout en restant limitée au côté gauche. Elle descend en avant jusqu'au niveau du deuxième nerf intercostal. Il existe, sur le dos de la main gauche, une tache grise, légèrement surélevée. Forte exagération des réflexes rotuliens. D'après la malade, quelques petites vésicules ont apparu il y a six mois par groupes au voisinage du poignet gauche.

Le 4 avril 1893. L'examen ne révèle qu'une très légère modification dans les troubles de la sensibilité.

La face postérieure de l'avant-bras droit est toujours analgésique, mais à la face antérieure, la malade sent la chaleur à une température élevée. Il y a de l'analgésie à la face interne des pieds et des jambes. Quand il fait froid, la malade souffre de vives douleurs dans le bras gauche avec irradiations des doigts à l'épaule. LOUIS WICKHAM.

Molluscum contagiosum. — F. JAJA. Sul mollusco contagioso. (*La Puglia medica*, mars 1893, p. 49.)

Jaja, dans un cas de molluscum contagiosum, a employé les injections d'une solution de sublimé à 1 p. 100, dont il introduisait une ou plusieurs gouttes à la base des tumeurs au moyen d'une seringue introduite parallèlement à la surface de la peau, de façon à ce que le liquide pénètre dans la tumeur elle-même. Les tumeurs se sont atrophiées peu à peu, et desséchées sans laisser de cicatrices.

L'auteur conclut, — ce qui est discutable, — que l'heureux effet de ce parasiticide est une preuve de plus à l'appui de l'origine parasitaire de l'affection. GEORGES THIBIERGE.

Mycosis. — DUBREUILH. Mycosis fongoïde, période prémycosique ayant duré 30 ans. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, mars 1893, p. 225.)

Femme de 82 ans, atteinte depuis l'âge de 50 ans environ de démangeaisons habituelles disséminées en divers points du corps, s'accompagnant dans ces dernières années d'une éruption de plaques rouges et plus ou moins croûteuses ; il y a un an apparition des premières tumeurs de mycosis. Actuellement l'éruption respecte la tête et les mains et est constituée par

1° de grandes macules brunes, traces de lésions antérieures (plaques eczémateuses ou tumeurs) ; 2° des placards rougeâtres, croûteux ou squameux, ressemblant à l'eczéma, quelques-uns légèrement infiltrés ; 3° des tumeurs de mycosis au nombre de 20 ou 30, variant du volume d'une noisette à celui d'un œuf ; 4° des tumeurs ulcérées au nombre de 8 ; le prurit est très violent et occupe les plaques eczémateuses et les tumeurs, il survient par accès à heures variables.

Dubreuilh rapproche ce cas d'un fait de M. Besnier où le prurit exista seul pendant 10 ans et insiste sur la possibilité de voir le mycosis débuter par une éruption prurigineuse généralisée, à type urticarien ou eczémateux, persistante et rebelle, précédant de longtemps les manifestations caractéristiques.

GEORGES THIBIERGE.

Néoplasies cutanées. — SOFFIANTINI. Contribution à l'étude du tissu élastique dans les néoplasies fibreuses de la peau. (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mars 1893, p. 233.)

L'auteur a étudié, au moyen de la méthode de Taenzer qu'il a simplifiée légèrement, le tissu élastique dans quelques néoplasies fibreuses de la peau.

Dans la sclérodermie, il a trouvé le tissu élastique extrêmement abondant dans toutes les couches de la peau, surtout dans le derme proprement dit ; ce tissu est formé de faisceaux épais, ondulés et de bandes principalement parallèles à la surface, si abondantes qu'elles masquent le tissu fibreux ; on ne peut savoir s'il y a simple tassement par condensation consécutive à l'atrophie des tissus voisins ou néoformation du tissu élastique : cependant la richesse de la couche hypodermique en faisceaux élastiques paraît plaider en faveur de la néoformation.

Dans l'éléphantiasis, il y a entre l'épiderme et le derme une épaisse couche de tissu conjonctif néoformé, traversée par de nombreux vaisseaux embryonnaires ; au-dessous de cette couche, on retrouve la couche dermique présentant de nombreux faisceaux de tissu élastique et près de la limite, entre le tissu néoformé et la couche dermique, des corps en forme de poire à l'extrémité des fibres élastiques très fines.

Dans le molluscum, on trouve des fibres élastiques en proportions variables ; ce sont ou des faisceaux de fibres fines, serrées les unes contre les autres au centre de la tumeur, et s'écartant au voisinage des bords, ou bien un réseau de fines fibres sans direction dominante ; le tissu élastique se rencontre donc dans cette variété de tumeurs, tandis qu'il fait défaut dans les sarcomes et les fibromes d'origine récente.

Dans les chéloïdes, le tissu élastique fait complètement défaut : sur les bords, les fibres élastiques s'arrêtent brusquement, ce qui contraste avec leur disposition normale dans les tissus adjacents.

GEORGES THIBIERGE.

Nævus. — A. Rossi. Un caso die neo nevropatico bilaterale accompagnato da meningocele. (*Rivista clinica e terapeutica*, juillet 1893, p. 337.)

Enfant nouveau-né, du sexe féminin, ayant une méningocèle spinale à la partie supérieure de la colonne cervicale. Vaste nævus pigmentaire, plan, de coloration noire olivâtre, à contours découpés, sans taches de peau non colorée ; la forme de ce nœvus rappelle celle d'un caleçon de bains ; il occupe les régions hypogastrique et lombaire, le bassin, les régions fessière et fémorale supérieure ; il est limité en haut par une ligne étendue de la première vertèbre lombaire à un point situé un peu au-dessous de l'ombilic, cette ligne n'étant pas mathématiquement tracée ; en bas, par une ligne circulaire au niveau de la diaphyse des fémurs. La méningocèle fut traitée et guérie par la ligature. L'enfant mourut à 10 mois de diarrhée infantile.

L'examen de fragments de la peau a montré au niveau des nævi une légère atrophie de l'épiderme ; à la périphérie, des taches hyperchromiques ; les cellules cylindriques sont remplies de granulations pigmentaires, et un petit nombre de cellules cubiques renferment également du pigment en grande abondance ; vers la partie centrale, les cellules cylindriques sont remplies de pigment, que l'on retrouve également dans les cellules cubiques et dans les cellules fusiformes qui leur succèdent ; et cette infiltration pigmentaire se rencontre aussi dans les squames cornées de la superficie de la lésion. La couche papillaire du derme renferme des cellules d'infiltration et des amas de différentes dimensions de pigment jaune foncé. La couche réticulaire du derme, les vaisseaux et les glandes ne présentent rien d'anormal. A un fort grossissement, les amas de pigment de la couche papillaire sont contenus dans des *Mastzellen ;* ils diffèrent des pigments de la couche de Malpighi et de la couche cornée, dans lesquelles les granulations pigmentaires sont toutes arrondies, tandis que dans la couche papillaire elles sont irrégulières et anguleuses.

L'auteur rappelle que plusieurs observateurs ont attribué une origine nerveuse aux nævi se développant sur le trajet des nerfs ; mais on n'a pas cité de faits dans lesquels ces nævi coïncident avec des lésions du système nerveux comme dans le cas actuel : il semble évident à l'auteur que la méningocèle, en altérant les racines spinales des nerfs lombaires et lombo-sacrés, aura été la cause de cette hyperpigmentation. Il éprouve cependant quelque difficulté à reconnaître exactement, d'après la topographie des lésions, les nerfs sur lesquels cette altération du système nerveux a porté son action et explique par la comparaison avec le zona, dans lequel les groupes de vésicules débordent les territoires nerveux, comment la topographie de ce nævus n'est pas en rapport exact avec la distribution comme des nerfs.

D'une longue discussion sur la genèse du pigment cutané dans les nævi, l'auteur conclut que la seule théorie acceptable dans ce cas est celle de Perls et Nencki, qui font provenir le pigment de la transformation directe de l'albumine ingérée ou de l'albumine fixe des tissus.

Georges Thibierge.

Œdème aigu circonscrit. — Charles P. Russel. Report of a case of acute circumscribed œdema of the skin. (*Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, mars 1893, p. 101.)

Homme, âgé de 16 ans, Irlandais, atteint pendant la plus grande partie du dernier hiver d'une éruption prurigineuse; pas d'autre antécédent morbide net. Le 29 avril, il fut pris de frissons et d'abattement; peu après il remarqua qu'une partie de ses téguments, vers la partie inférieure de l'aisselle gauche, commençait à enfler sans qu'il y éprouvât la moindre sensation douloureuse. Pendant les 36 heures suivantes la tuméfaction s'étendit graduellement sans provoquer d'autre sensation qu'une légère tension. Trois jours après le début, lorsque l'auteur l'examina, il y avait vers l'aisselle, au côté gauche de la poitrine, une plaque ovalaire œdématiée intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, de six pouces sur quatre; les téguments intéressés étaient enflés, presque de la même couleur que le reste du tronc; les limites de la lésion étaient nettes. Elle disparut rapidement en laissant dans l'aisselle une tumeur du volume d'un œuf qui se termina par un abcès. L. B.

Panaris récidivants. — Chr. Ulrich. Fölger af et Vulnus incisum humeri (Suites d'une blessure de l'humérus). (*Ugeskrift for Læger*, 28 avril 1893, p. 381.)

Femme de 65 ans, ayant reçu à l'âge de 15 ans, pendant la récolte dans les champs, une blessure par un faucon du côté de l'extension de l'humérus, qui guéri « de façon ordinaire » sans laisser de suites pendant deux ou trois ans.

Après ledit temps la rétraction de la cicatrice et la pression toujours augmentante amenèrent des *panaris récidivants* à intervalles d'une différente longueur, d'abord du cinquième, ensuite du 4e, 3e et 2e doigts, qui débutaient toujours dans la dernière phalange, attaquaient ensuite la deuxième pour aboutir à la première phalange sur le 4e et 5e doigts. Les panaris entraînaient l'élimination des parties osseuses dans une suppuration abondante, mais n'étaient pas très douloureux. Elle s'apercevait en même temps d'une faiblesse musculaire croissante et de l'anesthésie dans le bras malade.

Pendant les dernières années, aucun nouveau symptôme.

L'état actuel représente les suites desdits panaris, défaut des 4e et 5e doigts et des dernières phalanges des deux autres doigts, et une anesthésie complète dans la région desservie par le nerf cubital.

Donc : le résultat de la lésion, qui date de presque 50 ans, a été une atrophie périphérique de la cicatrice avec parésie motrice, vaso-motrice et sensitive, et destruction entière ou partielle des parties, plus complète pour les doigts, qui sont innervés par le nerf cubital.

Le cas semble mériter l'attention générale à cause de la lumière qu'il jette sur la pathogénie de la *maladie de Morvan.*

Ehlers (Copenhague).

Porokératose. — V. Mibelli. Contributo allo studio della ipercheratosi dei canali sudoriferi (porokeratosis). (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1893, p. 313.)

Mibelli décrit, sous le nom de porokératose, une affection dont il rapporte trois observations personnelles et dont il résume de la façon suivante les caractères cliniques.

Il s'agit d'une kératose, dont les lésions élémentaires, en forme de taches saillantes ou aplaties, de dimensions variées, de forme irrégulière, sont limitées par une collerette ou une sorte de digue sinueuse, continue, au sommet de laquelle se trouve une mince lame cornée linéaire. Ces lésions occupent surtout la face dorsale des mains et des pieds (jamais les régions plantaires et palmaires), le côté de l'extension des membres supérieurs et inférieurs (avant-bras et jambes), exceptionnellement le côté de la flexion et leur segment supérieur ; elles atteignent également le cou, la face et le cuir chevelu.

La porokératose ne s'accompagne pas d'autres phénomènes objectifs ou subjectifs ; elle a une marche très lente, que l'on considère chaque lésion élémentaire en elle-même ou que l'on considère la succession des nouvelles lésions élémentaires. Quelques-unes de ces lésions tendent à disparaître spontanément et complètement, avec une grande lenteur. Dans un cas, une des taches, par son extension centrifuge, avait produit une large zone d'aspect géographique qui, dans l'espace de 5 ans, avait atteint la plus grande partie de la surface de l'extension d'un avant-bras. Lorsqu'on enlève largement les lésions, elles ne se reproduisent pas ; mais lorsqu'on les enlève partiellement et lorsqu'on les cautérise, elles se reproduisent sur place.

La maladie débute dans la première ou dans la seconde enfance et persiste pendant des années ; quelquefois, elle débute seulement à un âge avancé. Elle n'est pas héréditaire, mais peut atteindre plusieurs membres d'une même famille.

A l'examen histologique, les lésions épidermiques les plus accusées s'observent sur le bord des taches ; la couche cornée et le stratum lucidum sont particulièrement épaissis ; au voisinage du bord périphérique, le stratum lucidum est formé de 3, 4 ou 5 couches de cellules volumineuses, polygonales ; la couche cornée se dédouble en 2 couches séparées par un large espace clair et transparent, formé de cellules cornées polygonales, à contours nets, avec traces de noyau analogues à celles que l'on trouve dans la couche cornée moyenne de la paume de la main. En dedans de la zone marginale, la couche cornée est plutôt amincie.

La couche muqueuse de Malpighi, dans les points où la couche cornée est hypertrophiée, est également augmentée d'épaisseur et 2 ou 3 fois plus épaisse qu'à l'état normal ; elle pousse des prolongements coniques terminés par une pointe arrondie ; quelques-uns de ces prolongements sont minces et aplatis, d'autres très volumineux, et se continuent en bas avec un canal sudoripare dilaté qui les traverse.

Ces lésions épidermiques sont donc constituées par une production anormale de cellules cornées qui, au lieu de s'éliminer sous forme de

squames, s'amassent les unes sur les autres, en raison de leur tendance pathologique à rester plus fortement unies qu'à l'état normal ; il s'agit d'une hyperkératose véritable aboutissant à une production cornée circonscrite, à un kératome ; cette hyperkératose n'est pas une hyperkératose pure ou primitive dans le sens de Unna, mais est précédée et accompagnée d'une prolifération de la couche de Malpighi, c'est-à-dire d'une hyperacanthose ; à un degré avancé, l'hyperacanthose disparaît et le corps de Malpighi s'atrophie sous la pression du kératome déjà développé.

La lésion hyperkératosique intéresse au plus haut degré les canaux excréteurs des glandes sudoripares et leur voisinage. Le processus occupe le trajet intra-épidermique de toutes les glandes sudoripares, depuis leur orifice libre jusqu'à l'origine du véritable canal sudorifère intradermique ; cette localisation constitue la raison fondamentale des particularités histologiques, et par suite des particularités cliniques de l'affection. C'est en raison de cette particularité fondamentale et caractéristique, qui distingue nettement ce type des hyperkératoses communes que Mibelli propose la dénomination de porokératose (πορος, canal).

Quant aux glandes sébacées et aux follicules pileux, le processus d'hyperkératose en détermine la disparition rapide et complète, au moins dans les points sur lesquels ont porté les études de l'auteur.

La peau dans son ensemble subit un certain degré d'atrophie portant non seulement sur l'épiderme et ses dépendances, mais encore sur le derme, sur les organes qui le traversent ; les glandes sudoripares, d'abord dilatées par le fait de la porokératose qui oblitère leur conduit excréteur, s'atrophient ultérieurement, finissant par disparaître par suite d'un processus lent de prolifération conjonctive péritubulaire ; ces lésions sont analogues à celles qui se produisent dans les voies biliaires à la suite de l'oblitération du canal cholédoque.

L'auteur compare ces faits à quelques cas dans lesquels MM. Besnier, Brocq et Hallopeau ont admis l'existence d'une hyperkératose des conduits sudoripares en se basant uniquement sur l'examen clinique ; il les compare également à quelques observations de nævi ichtyosiformes. Quoiqu'il rejette le nom de nævus pour des lésions qui se développent à une époque avancée de l'existence, il tend à faire de la porokératose le résultat d'une altération de l'évolution de l'épiderme, tout en déclarant qu'on ne peut rejeter à priori la possibilité d'une origine parasitaire, pas plus qu'on ne peut se défendre de penser à une altération initiale de la sécrétion sudorale.

Quelle que soit d'ailleurs la pathogénie, il est indiscutable que cette affection mérite, en raison de ses lésions, une place à part dans le groupe des kératoses. GEORGES THIBIERGE.

Prurigo (*Traitement par le massage du*). — R. HATSCHEK. Zur Behandlung der Prurigo mit Massage. (*Archiv f. Dermat u. Syphilis*, 1893, p. 931.)

Le Dr Murray, de Stockholm, en 1889 a recommandé l'emploi du massage dans le traitement du prurigo. Il constata chez un garçon de 11 ans atteint de prurigo agria que ce mode de traitement avait exercé une

influence très favorable sur le prurit, sans cependant en conclure que cette médication avait une action directe sur le processus morbide.

Hatschek a eu l'occasion, dans l'hiver de 1890, d'observer à Stockholm le malade de Murray, chez lequel une récidive était survenue et de voir l'action du massage. A son retour à Vienne il a pu appliquer, dans le service du professeur Kaposi, le traitement par le massage à 11 malades, 9 hommes et 2 femmes, dont 7 atteints de prurigo agria et 4 de prurigo mitis. La plupart étaient des sujets jeunes, de 14 à 21 ans, sauf un malade âgé de 62 ans.

Le massage consistait en un simple *effleurage* que l'on commençait sur les parties des membres qui se trouvaient immédiatement au-dessous du tronc et en avançant peu à peu vers les extrémités périphériques; il va sans dire que le massage était toujours fait dans un sens centripète et les frictions assez énergiques. Chaque séance de massage était dans les premiers jours de 10 à 15 minutes pour un membre; suivant le résultat obtenu la durée des séances était réduite de 5 à 3 minutes.

Chez tous les malades le massage a donné de bons résultats au point de vue du prurit; ils déclaraient que, après une séance, les parties massées étaient moins prurigineuses que les autres. Chez plusieurs malades les démangeaisons disparaissaient complètement après 2 à 4 séances, chez d'autres elles ne cédaient qu'après plusieurs semaines de traitement. La rapidité de l'action du massage sur le prurit n'était pas toujours proportionnelle à la gravité de la maladie ; certains cas de prurigo agria ont été améliorés très rapidement, tandis que des cas de prurigo mitis ont exigé proportionnellement plus de temps. Il va sans dire que, avec la cessation du prurit, les effets du grattage guérissaient rapidement ; au bout de peu de jours les régions soumises au massage présentaient un meilleur aspect. Le massage pratiqué tout à fait sec donne des résultats satisfaisants, mais ils se produisent quelques jours plus tard ; l'emploi de la vaseline favorise toujours l'action du massage.

Dans plusieurs cas l'auteur a constaté que même si le prurit avait complètement disparu depuis un certain temps, il survenait néanmoins de nouvelles papules accompagnées de légères démangeaisons, mais elles disparaissaient de nouveau en 1 à 2 séances. Le massage ne saurait guérir le prurigo, il constitue seulement un moyen d'une valeur incontestable pour combattre les démangeaisons.

Si on cesse complètement le massage on voit apparaître des récidives; trois des malades dont il a été question ci-dessus revinrent de nouveau à la clinique après plusieurs semaines. Par contre, on pourrait devenir maître du prurigo si on appliquait le traitement d'une manière continue, en quelque sorte toute la vie, naturellement en petite proportion. Si un massage un peu plus énergique pendant une à trois semaines fait cesser le prurit, il suffit ensuite de l'employer ultérieurement pendant quelques minutes, plus tard une fois chaque jour. Si de nouvelles papules reviennent de temps en temps en grand nombre, un traitement un peu plus prolongé suffira pour les faire disparaître.

Le massage est très bien supporté par la peau des prurigineux, même s'il existe un eczéma aigu, si ce dernier est une conséquence du prurigo.

L'eczéma de la face chez les sujets atteints de prurigo, — d'origine réflexe, d'après Kaposi — ainsi que les manifestations qui ont leur siège sur le tronc n'exigent pas de traitement direct, mais disparaissent dès que l'état des membres s'améliore. Il faut agir avec prudence relativement à l'emploi éventuel du massage dans le prurit tenant à d'autres causes ; chez une malade obèse atteinte d'urticaire un seul massage détermina un eczéma aigu intense. Chez quelques psoriasiques le massage n'a pas produit d'effets nuisibles, mais d'autre part il n'a pas donné de résultat spécial.

Murray a donné de l'action du massage dans le prurigo une explication tout à fait plausible, elle serait due à une pression mécanique sur l'exsudat qui forme les papules et qui entoure également les papilles. Immédiatement après le massage les papules deviennent plus volumineuses, plus rouges, plus saillantes, mais ensuite elles vont de nouveau en diminuant.

A. Doyon.

Psoriasis. — Zahrtmann. Om Smitsemheden og Behandlingen af Psoriasis. (A propos de la contagiosité et du traitement du psoriasis). (*Hospitalstidende*, 23 août 1893.)

L'auteur relate l'observation de 2 cas, qui lui semblent parler en faveur de la contagiosité du psoriasis.

1. Cordonnier de 33 ans ; date le début de sa maladie d'une blessure, faite *au poignet droit* en 1885, par un éclat de verre, laquelle blessure fut traitée à l'iodoforme. Sous le traitement, il se formait une éruption de points rouges sur le bras droit, qui ne semble avoir présenté *aucune ressemblance* avec le psoriasis, et ayant disparu en peu de temps. Un an plus tard, première éruption de psoriasis *sur les jambes.*

2. Cordonnier de 33 ans ; avait été observé plusieurs fois depuis 1886, à l'asile des ouvriers sans travail (Ladegaarden), dans l'infirmerie spéciale, pour diverses affections.

A partir de l'année 1890, il n'a passé que 4 mois en dehors de l'asile. Il n'avait présenté jamais aucune trace de psoriasis.

Renvoyé de l'asile le 18 février 1893, il travailla au même atelier que le nº 1 (voir en haut), dont il partageait le lit pendant 7 semaines. Au bout des 3 premières semaines, il remarqua le début d'une maladie cutanée, psoriasis des plus typiques, sur la surface antérieure du thorax, se propageant plus tard sur presque la totalité du tronc.

Ehlers (de Copenhague).

Rhinosclérome. — A. Ducrey. Quattro casi di rinoscleroma ; contributo clinico, istologico e batteriologico allo studio di quest'affezione de experienze sulla concorrenza vitale fra il bacillo del rinoscleroma e lo streptococco dell'eresipela. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, novembre et décembre 1892, p. 433 et 510, mars et juin 1893, p. 83 et 279.)

Ce mémoire très important, basé sur l'étude complète de 3 cas de rhinosclérome observés chez des Italiens, se termine par les conclusions suivantes :

L'affection, désignée habituellement sous le nom de rhinosclérome, peut se développer en un point quelconque des voies respiratoires supérieures et y rester parfois longtemps circonscrite.

Outre l'extension par continuité de tissu qui est certainement son mode de progression le plus commun, on ne peut exclure la possibilité de la voir se développer, par auto-infection, en des sièges plus ou moins éloignés de ceux primitivement atteints.

La période néoplasique de la maladie, précédée de simples symptômes catarrhaux, peut se faire attendre longtemps, même plusieurs années. et se présenter alors avec des caractères macroscopiques qui s'éloignent assez de ceux rapportés par les descriptions classiques pour que l'examen microscopique et bactériologique puisse seul amener à un diagnostic exact.

Les lésions anatomiques du rhinosclérome sont celles d'un granulome spécifique.

L'infectiosité du rhinosclérome ne peut être mise en doute, car :

a. La présence constante d'un micro-organisme spécial bien connu, souvent très abondant et se rencontrant seul dans les tissus du rhinosclérome, est désormais un fait indiscutable, largement demontré;

b. S'il est vrai que les animaux de laboratoire soient ordinairement réfractaires à l'inoculation des tissus du rhinosclérome et des cultures pures du micro-organisme qui s'y rencontre (ainsi du reste que dans d'autres affections indubitablement infectieuses, telles que la lèpre), il est vrai d'autre part que l'on a pu parfois reproduire chez ces animaux des lésions qui se rapprochent beaucoup de celles reconnues aujourd'hui comme caractéristiques du rhinosclérome (Pawlosky, Stepanow) ;

c. On ne peut nier que dans certaines contrées (provinces orientales de l'Autriche, sud-ouest de la Russie, Amérique centrale, etc.) la maladie est endémique et qu'il y a dans la litttérature médicale quelques cas, isolés à la vérité, de rhinosclérome chez des sujets appartenant à une même famille, comme le cas de Robertson où il s'agit de deux sœurs.

Le meilleur traitement du rhinosclérome est le traitement chirurgical dans lequel on peut intervenir largement, en enlevant tout le tissu malade (dans un cas de Ducrey, l'opération n'a pas été suivie de récidive). Quand ce traitement n'est pas applicable à cause de l'étendue des lésions, on peut, tout en faisant une ablation partielle, employer les parasiticides et, parmi eux, outre le sublimé et l'acide phénique, on pourra essayer l'usage de l'acide thymique.

L'ancienne dénomination de rhinosclérome pourrait peut-être être remplacée avec justesse par celle de sclérome infectieux des voies respiratoires.

Le bacille du rhinosclérome ne peut pas être absolument identifié au pneumobacille de Friedländer.

Le bacille du rhinosclérome, mis en concurrence vitale avec le streptocoque de l'érysipèle, le vainc et peut en atténuer la virulence.

Georges Thibierge.

Rhinosclérome. — A. Breda. Rapporti tra i bacilli e le degenerazione jaline del rinoscleroma. *(Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1893, p, 402.)

Dans le rhinosclérome, on trouve des bacilles dans quelques cellules qui ne présentent encore aucune modification de leur forme et de leur coloration et qui semblent encore saines ; les bacilles en pénétrant dans les cellules saines les transforment en éléments de Mikulicz ; ce sont les cellules de Mikulicz qui deviennent ensuite hyalines ; la matière hyaline se dépose autour des bacilles qui y sont contenus ; les masses hyalines renferment des bacilles très évidents ; la matière hyaline ne dérive probablement pas de la substitution qui se produit par suite de la présence d'une sécrétion bacillaire, mais du protoplasma cellulaire modifié par la présence des bacilles ; mais on ne peut affirmer qu'il n'y a pas également dans le rhinosclérome des masses hyalines tout à fait indépendantes des bacilles spécifiques.

Georges Thibierge.

Sarcomes cutanés. — A. Rossi. Una seconda modalità nella genesi della ulcerazione della pelle nei sarcomi a cute aderente. (*Il Morgagni*, juillet 1893, p. 40.)

Rossi, continuant ses études sur l'ulcération des sarcomes (voir *Annales de dermatologie*, 1893, p. 89), a constaté dans un cas de sarcome du testicule avec adhérences cutanées des lésions un peu différentes de celles qu'il a observées dans les cas analogues. Au niveau des points adhérents, les couches épidermiques, surtout le corps muqueux, étaient hypertrophiées, avec un certain degré de dégénérescence se traduisant par une coloration imparfaite sous l'influence des réactifs ; les vaisseaux dermiques étaient très dilatés, surtout les veines et plus encore les lymphatiques ; les artères étaient le siège d'une endartérite proliférante avec lésions s'étendant à la couche interne et à la couche musculaire et diminuant le calibre de ces vaisseaux ; le derme dans toute son épaisseur était infiltré de nombreuses cellules embryonnaires disséminées ; dans la couche muqueuse, quelquefois aussi dans les couches les plus superficielles, mais surtout dans le derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané, il y avait des taches de nécrose et en outre dans le derme et l'hypoderme des foyers hémorrhagiques, généralement très étendus, des foyers ou lacunes vides, ne renfermant plus que des restes de cellules connectives dégénérées représentant d'anciens foyers nécrotiques résorbés.

Ces diverses lésions, dont il est facile de comprendre les connexions, montrent bien que l'ulcération des tumeurs malignes n'est pas le résultat de la compression de la peau par la tumeur, ni d'une dégénérescence graisseuse de leurs éléments centraux, mais d'une cause agissant sur les vaisseaux de la peau, cause toxique ou parasitaire.

Georges Thibierge.

Sclérodermie. — Vandervelde. Examen anatomo-pathologique d'un cas de sclérodermie. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, 2 septembre 1893, p. 561.)

Femme atteinte de sclérodermie occupant la face, les membres supérieurs et le haut des cuisses, avec mélanodermie dans ces mêmes régions.

La moelle, le bulbe et la protubérance, étudiés au microscope, ne présentent aucune lésion ni de leurs éléments nerveux, ni de leur tissu conjonctif interstitiel, épithélium du canal intact, pie-mère un peu épaissie surtout au niveau des sillons.

Les troncs nerveux de l'avant-bras sont adhérents aux tissus voisins ; le tissu lamelleux normal est remplacé par un système de faisceaux entrecroisés, très serrés les uns contre les autres ; les altérations des fibres nerveuses sont beaucoup moins avancées, la continuité du cylindre-axe est partout conservée ; la myéline, intacte dans quelques fibres, est fragmentée dans d'autres, et disparue dans quelques-unes ; ces lésions des fibres nerveuses sont consécutives à celles du tissu conjonctif.

La peau présente, outre les lésions classiques, un fort épaississement de ses artères.

Les muscles des régions où siège la sclérodermie sont plus ou moins profondément altérés : à l'avant-bras, ils ne peuvent être détachés de la peau que par une dissection artificielle ; aux éminences thénars, toutes les fibres ont perdu leur striation longitudinale, quelques-unes seulement ont conservé leur striation transversale, le protoplasma est opaque, chargé de granulations d'inégales dimensions, et les filets nerveux ne sont plus représentés que par des cordons de tissu fibreux ; aux lèvres, les fibres ont conservé leur volume et leur striation mais renferment de nombreux noyaux conjonctifs, allongés, accolés aux fibres musculaires, la paroi des artères est épaissie, les rameaux nerveux de la région paraissent sains. Les tendons ont perdu leurs gaines séreuses et adhèrent entre eux et aux tissus voisins.

Le feuillet viscéral du péricarde est épaissi, les fibres du myocarde ont conservé leur striation, mais sont partout remplies de très petites granulations d'un jaune ocreux, réunies en amas, occupant de préférence les noyaux cellulaires ; les éléments interstitiels sont hyperplasiés.

Le foie (1,270 gr.), la rate (190 gr.), les reins (210 et 200 gr.) sont plus durs qu'à l'état normal, de même que le pancréas, les ovaires et l'utérus.

L'auteur, se basant sur ces constatations, pense qu'il s'agit d'une artériosclérose généralisée avec prédominance des lésions cutanées, sans altération primitive des éléments nerveux.

Georges Thibierge.

Staphylocoque infectieux. — A Robin et Leredde. Un cas d'infection à staphylocoques dorés. (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, septembre 1893, p. 676.)

Homme de 25 ans, ayant depuis 8 jours sur la face des boutons qu'il a écorchés. Actuellement, la portion de la face adjacente à la commissure labiale gauche est très œdémateuse, de teinte cyanique ; les paupières sont

closes et tuméfiées, et l'œdème s'étend jusqu'à la cornée ; les lèvres, surtout la supérieure, sont saillantes, de teinte violacée jusqu'à la ligne médiane ; la lèvre supérieure est très épaisse, dure, de consistance élastique ; l'induration s'étend dans la joue vers l'oreille et surtout vers le maxillaire inférieur jusqu'au cou ; pas de bourrelet périphérique ; au centre du foyer, sur la joue, auprès de la commissure labiale, on trouve de petites vésico-pustules, groupées comme des vésicules d'herpès, dont il sort à la pression de la sérosité purulente. Pleurésie droite avec broncho-pneumonie. Mort 48 heures après le début des lésions pulmonaires.

A l'autopsie, épanchement pleural abondant, broncho-pneumonie étendue à droite, lésions moins accusées à gauche. L'examen bactériologique de la sérosité de la joue et des poumons montre la présence du staphylocoque doré.

La porte d'entrée de l'infection paraît devoir être rapportée aux vésicules d'herpès facial.

Georges Thibierge.

Syringomyélie. — Pitres et Sabrazès. Note sur l'examen bactériologique de la moelle et des nerfs dans la syringomyélie. (*Archives cliniques de Bordeaux*, mai 1893, p. 232.)

MM. Pitres et Sabrazès ont recherché la présence de bacilles dans le système nerveux de 3 sujets atteints de syringomyélie et n'ont obtenu que des résultats négatifs ; ils concluent de cette constatation négative que la syringomyélie paraît distincte de la lèpre. Il peut y avoir dans certains cas des analogies symptomatiques entre les deux maladies, mais il n'y a pas identité de cause et de nature.

1° Homme de 48 ans ; atrophie lentement progressive de la main gauche depuis 5 ans ; fissure ulcéreuse au niveau de l'articulation phalangienne du pouce ; dissociation de la sensibilité ; les nerfs cubitaux sont tuméfiés et réguliers. Excision d'un filet nerveux superficiel au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, lésions névritiques manifestes, les fibres nerveuses sont presque toutes dépourvues de myéline et de cylindre-axe, mais pas d'accumulation de cellules embryonnaires ni de tissu interstitiel ; pas de microbes.

2° Femme de 62 ans ; atrophie musculaire des membres du côté droit, panaris, chute des ongles, dissociation de la sensibilité ; hémiatrophie linguale ; mort ; à l'autopsie, lésions syringomyéliques très nettes, pas de bacilles.

3° Femme de 34 ans, scoliose ancienne, atrophie de plusieurs groupes musculaires des membres, du tronc, du cou et de la face, hémiatrophie linguale, chute spontanée des ongles de la main droite, dissociation de la sensibilité. A l'autopsie, syringomyélie, pas de bacilles.

Georges Thibierge.

Tatouages. — A.-H. Ohmann-Dumesnil. Tattoing and its successful removal. (*New-York medical Journal*, mai 1893, p. 544.)

L'auteur fait une étude générale des tatouages qu'il divise en cinq

classes : 1° ornemental, 2° symbolique, 3° amoureux, 4° obscène, 5° divers. Il les décrit rapidement et cite surtout l'exemple du Grec Costentenus qui n'avait pas sur tout le corps un pouce de peau qui ne fût tatoué. Il expose ensuite le mode opératoire du tatouage. Le tatouage peut pâlir avec les années ; mais on peut en somme dire qu'il est indélébile, surtout lorsqu'il est pratiqué avec de l'encre de Chine ou de la poudre à canon : ceux qui sont faits avec du vermillon ou de l'indigo finissent au contraire par s'effacer avec le temps. Quand on examine au microscope une coupe de peau tatouée, on voit des amas de carbone au-dessous de l'épiderme, disséminés çà et là dans le chorion, surtout dans le tissu sous-cutané et presque toujours dans les ganglions lymphatiques. Le tatouage récent paraît noir, parce qu'il y a encore des particules colorées dans l'épiderme; mais peu à peu cet épiderme tombe, et il n'y a plus que le chorion qui renferme des amas pigmentaires; dès lors on ne les voit que par transparence à travers les couches épidermiques, d'où la coloration bleuâtre qu'ils présentent ; le carbone est inaltérable et reste *in situ* sans le moindre changement, tandis que le vermillon subit des transformations chimiques lentes.

L'auteur propose, pour enlever les tatouages, une méthode qui lui a été indiquée par le Dr Dupuy. On commence par savonner soigneusement les points à opérer, puis on tatoue profondément les lignes colorées avec des aiguilles imbibées de « Glycerole of papoïd (Johnson and Johnson, de New-York). » Parfois un second tatouage est nécessaire pour obtenir un résultat complet : il faut d'ailleurs que les aiguilles soient enfoncées à une profondeur suffisante, sinon il faut s'attendre à un insuccès. L'auteur croit que les principes digestifs du « glycerole of papoïd » agissent sur les particules de carbone, les désagrègent; une partie est absorbée par les lymphatiques ; peut-être une autre partie est-elle éliminée par l'épiderme.

L. B.

Trophonévrose cutanée. — S. WEIR MITCHELL. — Peculiar form of rupial skin disease in an hysterical woman. (*The American Journal of the medical sciences*, mars 1893, p. 235.)

Jeune femme, âgée de 24 ans, ayant de nombreux symptômes d'hystérie, attaques, respiration très fréquente, sommeil hystérique durant des mois, paralysies hystériques, rétrécissement du champ visuel, etc.; elle présentait à la région antérieure de la jambe depuis la cheville jusqu'un peu au-dessous du genou une croûte épaisse, large, d'un brun grisâtre sombre et ressemblant à une écorce de vieil arbre. En enlevant cette croûte pendant que la malade était hypnotisée, on trouva au-dessous une substance fibrineuse d'un blanc grisâtre recouvrant le derme dont la surface laissait suinter un peu de sang ; tout autour la peau était épaissie, un peu indurée et hyperhémique, la plaque malade était très sensible.

Le professeur Duhring, auquel on montra la malade, publie à la fin de l'article du Dr Weir Mitchell une courte note dans laquelle il indique que la maladie cutanée existait depuis trois ou quatre ans ; la croûte différait de celle d'une lésion syphilitique en ce qu'elle était faite d'épithélium et non de pus desséché ; d'ailleurs il n'y avait pas d'ulcération sous la

croûte, mais de l'atrophie du corps muqueux et une infiltration de la couche papillaire. Duhring pense que c'est là une lésion d'origine nerveuse, un véritable trouble trophique. Au point de vue purement objectif cette lésion se rapproche, d'après lui, du kératome et des callosités.

L. B.

Tuberculose cutanée. — H. Hallopeau. Étude sur les différentes formes de la tuberculose cutanée et leurs localisations. (*Union médicale,* 1893.)

M. Hallopeau expose sommairement dans cette leçon les caractères cliniques des différentes formes de la tuberculose cutanée : il fait voir que les lésions du lupus vulgaire siègent surtout dans le chorion et les radicules lymphatiques et intéressent peu ou point le corps papillaire et les glandes, que celles du tubercule anatomique et celles du lupus scléreux occupent le corps papillaire, que celles du lichen scrofulosorum ont pour siège les glandes pilo-sébacées, de même que celles du lupus érythémateux. Le siège différent de ces lésions tient à ce que la peau, malgré sa simplicité apparente, est un organe complexe dont chaque tissu peut être influencé séparément par l'agent infectieux de la tuberculose : la localisation dans tel ou tel de ces tissus peut tenir au mode d'introduction de l'agent infectieux ; la forme de la tuberculose peut résulter aussi de ce que l'agent infectieux paraît se modifier en perdant de son activité quand il se cultive sous la peau, de ce qu'il agit tantôt par lui-même, tantôt par les produits toxiques qu'il sécrète, enfin de ce que les modes de réaction des mêmes tissus varient beaucoup suivant les sujets.

Georges Thibierge.

Tuberculose cutanée. — Adenot. De l'origine osseuse de certaines ulcérations en apparence exclusivement cutanées. (Fréquence et obscurité de cette origine dans les affections lupoïdes des extrémités des membres.) (*Revue de chirurgie*, octobre 1893, p. 832.)

L'auteur insiste sur la fréquence avec laquelle les lésions tuberculeuses papillomateuses des extrémités, mains et pieds, parfois aussi d'autres régions, sont consécutives à des lésions osseuses de voisinage ; cette origine osseuse est facilement méconnue, car les signes de la lésion osseuse sont dissimulés par les altérations tégumentaires ; la recherche et la reconnaissance d'un point osseux malade peuvent être utiles en clinique dans le diagnostic hésitant de la nature tuberculeuse de l'ulcère. Le foyer osseux peut être guéri spontanément et la lésion cutanée continuer à évoluer ; tantôt le foyer osseux peut sommeiller, et la lésion cutanée s'accroître ou tendre à rétrocéder sous l'influence d'un traitement approprié ; mais les récidives seront fatales, provoquées par le voisinage de l'ostéo-arthrite latente. Ces lésions osseuses doivent donc être enlevées pour obtenir la guérison définitive de l'ulcère tégumentaire.

Georges Thibierge.

Tuberculose des muqueuses. — Talamon. Tuberculose aiguë perforante du voile du palais. (*La Médecine moderne,* 2 septembre 1893, p. 874.)

Femme de 26 ans, toussant depuis six semaines, aphone ; violent mal de gorge avec fièvre datant d'une quinzaine de jours ; 2 ou 3 jours après le début de ce mal de gorge, la douleur est devenue assez intense pour rendre très pénibles et à peu près impossibles les mouvements de déglutition. A l'entrée à l'hôpital, rougeur livide de toute la partie postérieure du voile du palais, du pharynx et des amygdales ; amygdale gauche creusée d'une ulcération irrégulière recouverte de pus verdâtre et adhérent, saignant assez facilement ; luette un peu augmentée de volume ; au-dessus d'elle, 3 petits points jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle et ressemblant à des vésicules d'herpès purulentes (points jaunes de Trélat). Aucun signe physique de tuberculose aux sommets des poumons.

Les jours suivants, les points jaunes se transforment en 2 ulcérations dont la plus grande mesure près d'un centimètre de diamètre, et qui se réunissent en une seule de la largeur d'une pièce de 50 centimes; 7 jours après l'entrée à l'hôpital, le voile du palais est perforé, la dysphagie persiste très prononcée, l'ulcération du voile mesure 2 centim. de diamètre, elle ne tend pas à s'étendre, on ne trouve pas de bacilles de Koch dans sa sécrétion. Applications d'acide lactique, injections de cantharidate de soude. Les ulcérations du voile du palais et de l'amygdale tendent lentement à la guérison, la dysphagie disparaît, une douleur à la partie inférieure de l'œsophage fait penser qu'une ulcération s'est développée sur ce conduit. La malade quitte l'hôpital avant cicatrisation complète des ulcérations pharyngées, sans qu'on ait jamais constaté de signes physiques de lésions pulmonaires.

En raison des signes physiques et malgré l'absence de bacilles de Koch et des lésions pulmonaires, Talamon ne doute pas de la nature tuberculeuse des ulcérations. Il insiste sur la rapidité de la perforation et sur la rapidité de l'amélioration, sous l'influence du traitement par les injections de cantharidate de soude, qui lui ont déjà donné de bons résultats dans des cas analogues et qui ont été ici sans doute aidées par les applications d'acide lactique.

Georges Thibierge.

Variole. — Niels R. Finsen. Om Lysets Indvirkninger paa Huden. (Les actions de la lumière sur la peau.) Traitement de la variole par exclusion des rayons chimiques du spectre. (*Hospitalstidende,* 5 juillet et 6 septembre 1893).

Dans *The Lancet* de 1867 (vol. I, p. 792) M. C. Black communique les résultats excellents qu'il a obtenus pendant une épidémie de variole à Chesterfield, en traitant les malades à l'obscurité solaire. La maladie prit une évolution bénigne même chez des malades non vaccinés, les pustules tarissaient sans devenir purulentes, il n'y avait pas de fièvre secondaire et la maladie ne laissa pas de cicatrices. Ces observations ont été confir-

mées en 1871, par Waters (1) et Barlow (2), qui se sont servi de la méthode pendant 4 ans.

En 1892, M. Gallavardin (3) raconte qu'il s'est servis avec succès de ce traitement pendant 7 ans. Les observations des résultats sont d'accord chez les différents auteurs, ainsi qu'ils sont d'accord sur ce point, que l'obscurité solaire doit être complète, et qu'un petit défaut, exposition de courte durée à la lumière, provoque de l'aggravation de la maladie.

C'est un fait connu, que la lumière solaire peut agir comme irritant sur la peau normale, à tous les degrés, à partir d'une légère rougeur jusqu'à vésication et desquamation de la peau (érythème solaire, eczéma solaire).

Puisque la lumière exerce une si forte influence sur la peau du malade, il est facile à comprendre, qu'elle peut irriter aussi la peau malade, par exemple des varioleux.

On a cru autrefois, que c'étaient les rayons calorifères du spectre, qui provoquaient cette inflammation dans la peau, mais déjà en 1859, Charcot (4) a émis l'opinion, que c'étaient les rayons chimiques, ce qui a été prouvé plus tard par les expériences de Widmark (5), de Stockholm, en 1889.

Il était donc probable qu'il s'agissait également pour la variole d'une action des rayons chimiques, et M. Finsen a recommandé (6), suivant cette idée, de traiter les varioleux à l'exclusion des rayons chimiques, ce qui se pratique moyennant *des rideaux rouges bien fermants devant les fenêtres ou des vitraux peints de couleur rouge.*

M. Lindholm et Svendsen, de Bergen (Norvège), ont bien voulu suivre les idées de M. Finsen pendant l'épidémie de variole qui sévissait à Bergen cet été, et le résultat s'est montré, suivant le rapport officiel (7) de M. Lindholm, médecin inspecteur de la ville de Bergen, identique à celui qu'on observe par le traitement à l'obscurité solaire.

Il est donc démontré dorénavant, *que ce sont*, pour la variole aussi, les rayons chimiques qui ont un effet nuisible.

L'effet du traitement de M. Finsen est donc *d'empêcher les pustules de variole de devenir purulentes; elles sèchent vite; il ne se montre pas de fièvre de suppuration et la maladie ne laisse pas de cicatrices.*

Le traitement ne présente, comme on le voit, rien de spécial pour la variole; mais il se fonde sur un principe thérapeutique essentiellement nouveau, de sorte qu'on ne saurait pas nier d'avance, qu'il puisse jouer un rôle pour le traitement des autres maladies exanthématiques ou des maladies de la peau. EHLERS (de Copenhague).

(1) *Lancet*, 1871, vol. II, p. 9.
(2) *Lancet*, 1871, vol. I, p. 151.
(3) *Lyon médical*, 12 juin 1892.
(4) Comptes rendus de la Société de biologie, 1859, p. 63.
(5) *Hygiea* : Festband, n° 3, 1889.
(6) *Hospitalstidende*, 5 juillet 1893.
(7) *Hospitalstidende*, 6 septembre 1893.

Vergetures. — Ch. Féré et E. Schmidt. Note sur les vergetures transversales de la région lombo-sacrée fréquentes chez les épileptiques. (*Revue neurologique*, 31 août 1893, p. 436.)

Les auteurs ont recherché les vergetures de la région lombo-sacrée sur 172 épileptiques et les ont observées 26 fois, soit dans 15,11 cas sur 100. Ces vergetures occupaient la région lombo-sacrée, depuis la partie la plus élevée de la crête iliaque jusqu'à l'épine iliaque postérieure ; leur description concorde avec celle des vergetures en général ; leur direction était horizontale ; elles étaient le plus ordinairement bilatérales. Les auteurs les attribuent à un développement disproportionné du rachis par rapport au reste du corps ; ils ont constaté, en effet, qu'elles étaient plus fréquentes chez les sujets dont la colonne dorso-lombo-coccygienne était la plus longue par rapport à la taille.

Ces faits concordent bien avec ce que l'on sait de la pathogénie des vergetures en général ; mais nous doutons qu'il y ait chez les épileptiques une fréquence plus grande des vergetures lombo-sacrées que chez les autres sujets : il suffit d'examiner cette région chez quelques sujets pour constater combien elles sont répandues. Georges Thibierge.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie (anatomie pathologique). — E. Finger. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhœ der männlichen Sexualorgane. II. Die chronische Urethritis posterior und die chronische Prostatis. (*Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1893. Ergängungshefte, p. 27.)

Ce mémoire est la continuation d'un travail dont la première partie a paru en 1892 dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*

L'auteur a examiné systématiquement les organes génitaux de 120 cadavres. Dans 31 cas il a trouvé des modifications qui se rapportaient à l'uréthrite chronique. Dans 24 cas ces lésions avaient leur siège dans le pénis, le bulbe, la partie membraneuse ; elles ont fait le sujet de la 1re partie de ce travail.

Dans 11 cas il y avait des modifications dans la partie postérieure de l'urèthre.

De ces 11 cas le processus inflammatoire chronique était 5 fois dans la partie antérieure et la partie prostatique, 6 fois dans la portion prostatique seule.

Les préparations étaient durcies dans l'alcool ou le liquide de Müller, les coupes faites avec le microtome, colorées avec le carmin, l'hématoxyline, l'occédine ; celles destinées à l'examen des micro-organismes d'après la méthode au bleu de méthyle de Kühne et de Löffler.

L'auteur décrit ensuite en détail ces 11 cas, nous nous bornerons ici à donner le résumé des examens microscopiques.

Cas I. *Résumé.* — Catarrhe avec chute de l'épithélium de l'urèthre.

Épithélium du verumontanum, épithélium pavimenteux, catarrhe avec simple desquamation de l'épithélium, des lacunes et des glandes du verumontanum et de nombreuses glandes de la prostate. Infiltration du tissu conjonctif sous-épithélial de l'urèthre et du verumontanum, compacte, pénétrant profondément, consistant en cellules rondes mononucléaires et en cellules épithélioïdes. Cette infiltration se continue sous forme d'infiltrat périglandulaire des parois sur les glandes du verumontanum et de nombreuses glandes de la prostate. Prolifération et desquamation épithéliale des canaux éjaculateurs, dont l'orifice est rétréci par l'infiltration de leurs parois dans toute leur étendue, laquelle se continue même en dehors du tissu conjonctif sous-épithélial.

Cas II. *Résumé.* — Inflammation chronique superficielle du tissu conjonctif sous-épithélial avec formation d'une callosité circonscrite recouverte d'épithélium pavimenteux sur le sommet du verumontanum. Inflammation avec chute de l'épithélium et interstitielle de nature catarrhale de l'utricule et de nombreuses glandes du verumontanum. Infiltration périglandulaire de la partie terminale du canal éjaculateur.

Cas III. *Résumé.* — Inflammation superficielle chronique amenant dans l'urèthre la formation d'excroissances papillaires du tissu conjonctif sous-épithélial qui pénètre en profondeur seulement dans la longueur des deux canaux éjaculateurs. Catarrhe avec simple desquamation épithéliale des nombreuses glandes de l'urèthre, du verumontanum et de la prostate

Cas IV. *Résumé.* — Inflammation chronique avec formation d'excroissances papillaires dans l'urèthre postérieur et les parties latérales du verumontanum. Inflammation chronique périglandulaire de l'utricule et des canaux éjaculateurs avec dilatation du calibre de celui du côté droit.

Cas V. *Résumé.* — Inflammation chronique du tissu conjonctif sous-épithélial en voie de formation déjà assez avancée de callosités, avec production d'excroissances papillaires dans les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial, sur la muqueuse de l'urèthre prostatique avec production sur le verumontanum de tissu conjonctif lisse, tendu.

Inflammation chronique, avec formation assez avancée de callosités, du tissu conjonctif de la paroi de l'utricule et des deux canaux éjaculateurs. Les diverticules des deux canaux éjaculateurs sont complètement remplis de sperme.

Cas VI. *Résumé.* — Infiltration inflammatoire chronique des couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial. Catarrhe avec chute de l'épithélium et production de pus des nombreuses glandes de la prostate et de l'utricule avec tissu conjonctif périglandulaire, en partie non modifié, en partie avec infiltrat inflammatoire chronique traversé par des hémorrhagies.

Cas. VII. *Résumé.* — Inflammation chronique des couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial de l'urèthre et du verumontanum, avec terminaison en callosités et transformation de l'épithélium en épithélium pavimenteux. Poussées survenant soit sous forme diffuse, soit sous forme de papules inflammatoires subaiguës, infiltration avec cellules rondes mononucléaires, dans le tissu calleux de l'urèthre. Infiltration inflammatoire très aiguë en plaques du tissu conjonctif calleux, — infiltra-

tion avec leucocytes polynucléaires et nécrose du tissu — du verumontanum. Destruction des lacunes superficielles et des glandes. Catarrhe avec chute de l'épithélium et production de kystes des glandes du verumontanum.

Cas VIII. *Résumé.* — Desquamation catarrhale de l'épithélium cylindrique de l'urèthre, l'épithélium du verumontanum est transformé en épithélium pavimenteux. Infiltration inflammatoire chronique, superficielle du tissu conjonctif sous-épithélial de l'urèthre et du verumontanum, dans ce dernier avec indices d'inflammation aiguë (leucocytes polynucléaires), catarrhe avec chute de l'épithelium, en partie avec production de pus et desquamation, en partie simplement purulent des glandes de l'urèthre, du verumontanum et des nombreuses glandes prostatiques sans maladie des parois périglandulaires.

Cas IX. *Résumé.* — Prolifération et desquamation de l'épithélium subsistant encore comme épithélium cylindrique de l'urèthre postérieur. L'épithélium du verumontanum est transformé en épithélium pavimenteux à plusieurs couches. Infiltration sous-épithéliale superficielle consistant en cellules rondes mononucléaires et cellules épithélioïdes de la muqueuse de l'urèthre et du verumontanum. Desquamation catarrhale et prolifération de l'épithélium des glandes de l'urèthre. Catarrhe avec chute de l'épithélium et production de pus de nombreuses glandes du verumontanum et de la prostate sans maladie périglandulaire du tissu conjonctif. Oblitération cicatricielle du conduit excréteur du canal éjaculateur gauche avec dilatation consécutive notable de ce canal.

Cas X. *Résumé.* — Desquamation catarrhale et prolifération de l'épithélium de l'urèthre postérieur subsistant encore sous forme d'épithélium cylindrique. L'épithélium du verumontanum est transformé en épithélium pavimenteux à plusieurs couches. Infiltration sous-épithéliale superficielle, épaisse, consistant en cellules rondes mononucléaires et cellules épithélioïdes de la muqueuse de l'urèthre et du verumontanum avec accumulation plus compacte autour des glandes superficielles et, en quelques points, groupées sous forme de papules.

Transformation du tissu conjonctif sous-épithélial du verumontanum en un point nettement limité en une cicatrice linéaire, transversale, bouchant l'orifice du verumontanum, des canaux éjaculateurs et de quelques glandes prostatiques.

Desquamation catarrhale et prolifération de l'épithélium des glandes de l'urèthre.

Catarrhe avec chute de l'épithélium de nombreuses glandes du verumontanum et de la prostate sans altérations périglandulaires. Oblitération des orifices des canaux éjaculateurs et de celui de l'utricule avec dilatation consécutive de leur calibre ; prolifération de l'épithélium, infiltration de la paroi.

Dans les canaux éjaculateurs, hémorrhagies capillaires sous-épithéliales ainsi que dans le calibre.

Cas. XI. — Dans ce cas, on n'a pas pu faire l'examen microscopique de la partie postérieure, en raison des nombreuses concrétions disséminées dans toute l'étendue de la prostate et du verumontanum qui rendaient absolument impossible une section du tissu avec le microtome.

Si on examine ensuite ces cas macroscopiquement, le tableau est nécessairement défectueux. Ces modifications légères qui tiennent à l'hyperhémie, à l'imbibition séreuse, etc., visibles pendant la vie à l'aide de l'endoscope, sont naturellement reconnaissables sur le cadavre; néanmoins la muqueuse de l'urèthre aussi bien que le verumontanum présentent des altérations évidentes. La muqueuse de l'urèthre dans la portion prostatique est ramollie. Ce ramollissement n'est que léger, à peine indiqué et donne à la surface un aspect picoté, mais ce ramollissement peut être considérable, l'auteur a constaté dans quelques cas, au microscope, une végétation papillaire tomenteuse de la muqueuse uréthrale.

Cet état papillaire est le plus souvent caractérisé au verumontanum, sur les côtés et même au-dessus. Dans d'autres cas, au contraire, on observe un épaississement, une dégénérescence calleuse, la formation d'un tissu conjonctif dur.

Mais l'auteur a tout particulièrement porté son attention sur le verumontanum. Le revêtement muqueux est parfois ramolli, comme picoté. Le ramollissement papillaire dont il a été question peut aussi l'envahir, mais seulement sur les parties latérales. D'autres fois au contraire le revêtement muqueux du verumontanum est plutôt tendu, calleux sur une plus ou moins grande étendue. En général le verumontanum est augmenté de volume, dans d'autres cas sa grosseur est normale. Finger n'a jamais trouvé qu'il fût notablement plus petit. Les changements de forme sont intéressants. Dans un cas le verumontanum ne constituait pas une seule tubérosité unie, mais il consistait en plusieurs tubérosités petites, aplaties avec légères dépressions dans les intervalles.

Il a trouvé, en outre, sur le verumontanum des cicatrices, des callosités; dans un cas une cicatrice circonscrite sur le conduit éjaculateur gauche qu'elle oblitérait; dans deux cas le verumontanum était divisé en deux tubérosités par une cicatrice étroite, transversale, qui fermait les deux canaux éjaculateurs et l'orifice de l'utricule.

Quant à la sécrétion prostatique, elle paraissait dans une série de cas très fluide, laiteuse, normale macroscopiquement et microscopiquement. Dans d'autres cas au contraire elle était de consistance plus épaisse et sa coloration foncée, et contenait beaucoup de cellules épithéliales; d'autres fois outre ces cellules, on y trouvait des cellules cylindriques, des cellules polygonales, et de nombreux leucocytes polynucléaires.

Après un exposé détaillé des lésions de l'épithélium, du tissu conjonctif sous-épithélial, des glandes, de l'utricule, des conduits éjaculateurs (elles ont été indiquées dans le résumé de chaque cas), l'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie chronique de la partie postérieure présente dans ses points essentiels les mêmes caractères que celle de la partie antérieure, c'est une inflammation chronique du tissu conjonctif sous-épithétial qui parcourt deux stades. Un premier stade d'infiltration, de néoformation de tissu conjonctif; un deuxième de rétraction et de formation de callosités.

2° Localisé dans les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial, le processus évolue principalement dans ces couches. Toutefois

la néoformation chronique de tissu conjonctif peut se continuer profondément dans et autour des glandes, autour des utricules, des conduits éjaculateurs et comme elle passe ici également dans le deuxième stade de rétraction, elle occasionne des modifications importantes des parois des glandes et de leurs canaux excréteurs.

3° Outre ces modifications essentielles pour le processus il y a encore à signaler deux séries de symptômes qui se présentent soit comme complications, soit comme phénomènes consécutifs.

4° Comme complications, il faut entendre la maladie des glandes de l'urèthre, du verumontanum, de la prostate, qui évolue de nouveau soit comme catarrhe avec desquamation de l'épithélium, soit comme catarrhe purulent desquamatif ou avec l'épithéliale. Il en est de même des affections catarrhales de la muqueuse uréthrale.

5° Les phénomènes consécutifs sont occasionnés par la formation de callosités, qui a lieu dans le tissu conjonctif sous-épithélial. Il faut ranger dans cette catégorie la transformation de l'épithélium cylindrique de l'urèthre et du verumontanum en épithélium pavimenteux, la destruction des lacunes et des glandes superficielles, l'oblitération de l'orifice de l'utricule et des conduits éjaculateurs.

A. Doyon.

Cystite. Étiologie, prophylaxie et traitement. — Barlow. Beiträge zur Ætiologie, Prophylaxie und Therapie der Cystitis. Travail de la clinique du professeur Neisser. (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 355, 633 et 795.)

Malgré le nombre considérable de travaux anciens et modernes relatifs aux inflammations de la vessie, on n'est pas encore fixé d'une manière absolument scientifique sur l'étiologie de la cystite. De tout temps les médecins ont porté leur attention sur les circonstances concomitantes, les causes accidentelles et accessoires et, comme pour beaucoup d'autres maladies, l'hypothèse facile du refroidissement a usurpé souvent la place d'une véritable étiologie. Mais ceux qui rejetaient une hypothèse si peu justifiée étaient obligés de reconnaître que dans la plupart des cystites on trouvait des lésions locales ou des troubles de l'état général qui, à un examen superficiel, paraissaient expliquer la marche de la maladie. La blennorrhagie, la grossesse, l'hypertrophie de la prostate, etc., états qui aujourd'hui encore jouent un rôle important dans les recherches entreprises pour expliquer l'étiologie de la cystite ; mais on est encore loin de connaître exactement leur rôle dans la production de cette maladie.

L'auteur rappelle ensuite les travaux des premiers observateurs, notamment ceux de Pasteur et de van Tieghem sur la décomposition de l'urée, sur le rôle des torules ammoniacales, ceux de Cohn sur celui du micrococcus ureæ.

C'est au 6e congrès des chirurgiens français que Guyon a précisé l'état actuel de la question de la cytiste :

1° L'urine dans la vessie normale d'un individu sain est toujours indemne de bactéries (Pasteur, Lister, Guyon, Lustgarten, Mannaberg).

Les résultats opposés de Henriquez seul ne sont pas complètement probants.

2° La rétention, la congestion et les traumatismes de la vessie ne déterminent par eux-mêmes aucune inflammation de cet organe.

3° L'urine provenant de vessies enflammées renferme des bactéries qui seraient la cause de l'inflammation.

4° Les bactéries présentent un grand nombre de variétés.

5° Ces bactéries existent aussi dans l'urèthre normal et peuvent de là être poussées dans la vessie par des instruments, elles adhèrent de prime abord à des instruments malpropres et arrivent ainsi dans la vessie, ou bien elles y pénètrent par un processus enflammatoire dont le point de départ est dans l'urèthre.

6° L'infection de la vessie peut aussi se produire par les vaisseaux sanguins, toutefois ce mode est rare.

7° On n'observe pas chez l'homme d'infection spontanée par l'urèthre sain sans l'emploi d'instruments. Chez la femme cette affection peut survenir en raison du peu de longueur du canal de l'urèthre et de l'obturation incomplète de la vessie.

8° Les bactéries dans leur ensemble ne peuvent être une cause d'infection pour la vessie que si cet organe y est prédisposé par des traumatismes, de la congestion ou de la rétention.

9° La cystite qui survient dans la blennorrhagie est occasionnée par une infection mixte.

10° La décomposition de l'urée ne joue dans l'étiologie de la cystite qu'un rôle secondaire puisque cette dernière peut exister avant que la décomposition ne soit survenue.

11° La virulence des microbes peut dans certaines circonstances être importante pour leur infectiosité. Les variétés non pyogènes de bactéries de Rovsing ne constituent vraisemblablement pas des espèces particulières, mais seulement des cultures affaiblies.

12° Les variétés des bactéries décrites par Rovsing sous le nom de coccobacillus ureæ, par Albarran sous celui de bactérie pyogène, par Clado de bactérie septique de la vessie, par Morell de bacterium lactis aerogenes d'Escherich, sont identiques entre elles et représentent le bacterium coli commune.

La question de la cystite en était à ce point en mai 1892.

Les recherches de l'auteur datent en majeure partie d'une époque bien antérieure et voici les questions qui lui ont paru encore mériter de nouvelles recherches :

1° Comment se comportent microscopiquement les parois d'une vessie atteinte de rétention ?

2° Jusqu'à quel point l'état de cette vessie diffère-t-il de celui d'une vessie infectée dans les mêmes conditions ?

3° Les bactéries de la cystite ne sont-elle réellement en état d'agir d'une manière infectieuse sur la vessie que s'il y a en même temps rétention, congestion ou traumatisme, ou bien une infection peut-elle aussi survenir sans ces causes auxiliaires ?

4° Quel rôle faut-il assigner dans l'infection à la virulence des bactéries ?

5° La fermentation ammoniacale de l'urine dans la cystite est-elle réellement, d'après Guyon, un phénomène accessoire, ou a-t-elle, d'après Rovsing, une importance étiologique ?

6° Chez les malades atteints de blennorrhagie la cystite est-elle toujours une infection mixte, ou peut-elle aussi être provoquée par le gonocoque ?

Pour élucider ces différents points l'auteur a fait des recherches sur l'état anatomique et physiologique de la vessie des animaux dans les cas de rétention aiguë par suite de la ligature de l'urèthre. Les résultats qu'il a obtenus concordent avec ceux de Guyon et d'Albarran. Il a étudié ces rapports en tout sur 18 lapins. Jamais il n'a trouvé dans l'urine, quelle que fût la durée de la rétention, d'autres éléments anormaux que des épithéliums vésicaux et dans certaines circonstances du sang en plus ou moins grande quantité.

Ainsi il a constaté qu'après une rétention de courte durée, il ne se produisait aucune espèce de modifications dans les parois vésicales ou dans l'urine. Si la ligature était maintenue plus longtemps, il survenait tout d'abord une forte congestion des vaisseaux, plus tard de petites hémorrhagies punctiformes dans la muqueuse et dans l'épithélium, plus tard encore ce dernier était détruit par des hémorrhagies et de temps en temps il se produisait des extravasations sanguines très abondantes dans la vessie jusqu'à ce que finalement elle se rompît.

L'examen microscopique dans ces cas très graves faisait reconnaître un relâchement du tissu des parois vésicales, des dépôts fibrineux dans ce même tissu, outre les hémorrhagies décrites ci-dessus.

Après ces études préliminaires l'auteur passe à l'examen de la cystite et des bactéries qui peuvent s'y rencontrer. 9 malades en tout ont servi à ses recherches ; il donne le résumé de l'observation des 7 premiers. Chez tous il a essayé d'établir l'état bactériologique de l'urine. Il s'est servi dans ce but de la méthode, toutefois avec de légères modifications, employée par Rovsing et d'autres observateurs.

Il a trouvé chaque fois dans tous les cas de cystite une espèce unique de bactéries en culture pure, et ces microbes étaient les suivants :

1° Des bacilles qui dans les cinq premiers cas exclusivement ne présentaient aucune espèce de différence, ni morphologiquement ni pathogénétiquement.

2° Dans deux cas des staphylocoques non identiques entre eux.

En ce qui concerne les bacilles, il s'agissait de bâtonnets, à extrémités arrondies, dont la longueur dépassait de 2 à 3 fois la largeur. Leur forme est un peu variable. Les uns sont ovoïdes, presque sphériques, d'autres allongés qui peuvent se réunir tous sur un terrain de culture liquide en longs filaments apparents ; dans certaines circonstances ils montrent quelques différences dans leur mode de groupement. Ils se colorent facilement avec toutes les couleurs d'aniline. Dans le procédé de la goutte pendante la bactérie montre des mouvements lents. Leur croissance dans l'étuve sur des plaques d'agar-agar est très rapide. Les colonies superficielles paraissent blanc gris et deviennent très promptement opaques. Les colonies plus profondes ont un éclat jaunâtre et ces dernières ont fré-

quemment une forme elliptique. A l'examen microscopique on ne constate rien de particulier.

L'auteur provisoirement considéra le bacille ci-dessus comme étant le bacterium coli commune d'Escherich. On ne peut établir entre eux aucune espèce de différence, les expériences sur les animaux sont en faveur de l'identité des deux espèces et concordent entièrement avec les données des autres auteurs, de telle sorte que Barlow partage absolument l'opinion de Guyon, Krogius, Albarran et Hallé, Achard et Hartmann, etc., qui ont constaté la présence très fréquente du bacterium coli commune dans l'urine des malades atteints de cystite. Malgré cela l'auteur ne peut partager l'avis de Guyon et d'autres qui sans autre forme de procès considèrent la bactérie septique de la vessie de Clado et les deux coccobacilles ureæ de Rovsing comme le bacterium coli commune d'Escherich.

Macaigne mentionne que la bactérie de Clado se distingue du bacille coli commune en ce qu'elle conserve la couleur d'iode dans le procédé de décoloration de Gram, et il ajoute qu'il tient cette différence comme assez importante pour être très réservé en ce qui concerne l'identité des deux bacilles, opinion que partage Barlow.

Rovsing regarde son coccobacille comme identique à la bactérie de Morell. Il paraît avoir échappé aux deux auteurs que les coccobacilles de Rovsing décomposent l'urée, ce qui n'a pas lieu avec les bactéries de Morell. L'auteur ne croit pas à l'identité des bacilles de Rovsing et de Morell, il lui paraîtrait au contraire que les différences citées par Morell entre son bacterium lactis et le bacillus coli ne sont pas assez plausibles pour séparer nettement ces deux espèces.

Les tentatives toutes récentes d'Achard et de Renaut qui tendent à ranger le bacterium lactis parmi les agents d'infection de l'urèthre ne paraissent pas avoir été couronnées de succès. En effet, quand ces deux auteurs inoculaient le bacterium lactis sur un terrain de culture dont ils avaient gratté une culture de même espèce, il n'en résultait aucune croissance, tandis qu'une réinoculation de bacterium lactis sur un terrain ancien de culture par le bactérium coli prospérait.

L'auteur pense qu'il est nécessaire de faire de nouvelles recherches relativement à la valeur des procédés de différenciation des deux variétés de bactéries, procédés que Wurtz a entrepris pour différencier le bacille d'Eberth et le bacillus coli, et il voudrait provisoirement maintenir l'identité des bactéries de Morell avec le bacterium coli.

Dans l'urine d'un malade on trouva en culture pure un staphylocoque pyogène albus, toutefois celui-ci décomposait un peu plus lentement l'urée que celui observé dans un cas précédent.

L'auteur a fait de nombreuses expériences sur les lapins et les chiens pour arriver à savoir quelle est l'action sur la vessie des bactéries cultivées provenant de l'urine des sujets atteints de cystite. Il s'agissait d'établir s'il faut regarder les bactéries trouvées dans l'urine de personnes atteintes de cystite comme les agents de l'inflammation vésicale ou si elles ne constituent qu'un élément accidentel.

Voici le résultat des recherches de Barlow :

1° Une cystite peut être provoquée par une simple injection de bacillus

coli dans la vessie quand il n'y a aucun obstacle à l'écoulement de l'urine.

2° La cystite se produit avec la ligature de l'urèthre qui suit l'injection.

3° Les modifications sont plus marquées avec une ligature maintenue pendant longtemps que sans ligature.

4° Une ligature appliquée pendant longtemps et l'infection ultérieure de la vessie sont suivies d'une cystite intense.

Voici d'autre part le résultat de ses expériences sur les animaux :

1° Pour la vessie, des bactéries pathogènes peuvent à elles seules provoquer une inflammation dans l'organe intact.

2° Les causes dites auxiliaires, la rétention et les plaies de la muqueuse en préparant le terrain, favorisent l'action des bactéries.

3° La décomposition de l'urée n'est nullement indispensable à la production de la cystite.

Tous les auteurs qui ont étudié avec soin la cystite blennorrhagique sont unanimes pour admettre que l'inflammation de la vessie est provoquée non par les gonocoques, mais par d'autres bactéries immigrées de l'urèthre postérieur dans la vessie. Or l'observation clinique montre d'une manière certaine que la cystite chez les individus atteints de blennorrhagie, surtout si on les a sondés une fois, est d'ordinaire occasionnée par d'autres organismes que par des gonocoques. L'auteur a vu un certain nombre de blennorrhagiens dont la cystite était déterminée par le bacterium coli commune.

Il rapporte ensuite l'histoire de deux malades, chez lesquels il a trouvé un état qui s'écarte de ce qui précède. Chez ces deux malades atteints de gonorrhée, jamais il n'y avait eu introduction d'un instrument dans la vessie et on trouva dans l'urèthre et dans l'urine de nombreux gonocoques sans aucune autre bactérie. L'examen cystoscopique permit de constater qu'il y avait une inflammation diffuse de toute la muqueuse vésicale.

L'auteur se demande si on peut désigner ces cas comme des cystites blennorrhagiques dans le sens étroit du mot ? Il croit par exclusion pouvoir démontrer la justesse de cette hypothèse. Les symptômes cliniques que présentaient ces deux malades étaient bien ceux d'une cystite. La cystoscopie vient à l'appui de cette opinion. Puisqu'il n'existe chez l'homme, en dehors d'une suppuration aiguë de la vessie occasionnée par des cantharides ou d'autres agents chimiques irritants, aucune cystite non occasionnée par des bactéries, il ne peut s'agir dans ces deux cas que des gonocoques dont seuls on a constaté la présence comme étant les agents de l'inflammation. L'auteur croit donc pouvoir conclure que dans ces cas, peut-être très rares, la cystite peut être provoquée uniquement par des gonocoques.

Il manque naturellement et sans doute pour longtemps la preuve absolument démonstrative, elle ne pourrait être donnée que par l'autopsie et la constatation microscopique des gonocoques dans la muqueuse vésicale.

L'auteur s'occupe ensuite de la classification des cystites, qu'il divise en trois groupes :

1° Cystite chimique (cantharides).

2° Cystite bacillogène occasionnée par : a) bacille tuberculeux, b) bacterium coli commune, urobacillus liquefaciens septicus (Krogius-Schnitzler), coccobacilli (Rovsing).

3° Cystite coccogène provoquée par : a) des gonocoques (1), b) des staphylocoques, streptocoques, diplocoques.

A propos de la prophylaxie de la cystite, l'auteur étudie quelles sont les voies par lesquelles les bactéries arrivent dans la vessie.

Des suppurations provenant des parties voisines de cet organe peuvent perforer la vessie et l'infecter.

L'infection peut avoir lieu par les vaisseaux sanguins directement ou indirectement par l'élimination des bactéries par les reins.

Les bactéries peuvent arriver par l'urèthre.

Le premier mode d'infection est très rare.

Il en est autrement pour les reins, on ne sait pas encore aujourd'hui si un rein normal peut laisser passer des bactéries. Dans tous les cas elles ne pourraient arriver dans la vessie que si elles étaient en état de déterminer une inflammation et au besoin des lésions de l'épithléium des glomérules.

Quoi qu'il soit, il est certain que l'infection de la vessie par les reins n'est pas très fréquente, et par conséquent son importance relativement à la prophylaxie et au traitement est très faible.

Quant à l'infection de la vessie par l'urèthre, elle peut résulter des trois causes suivantes :

1° La propagation de l'inflammation uréthrale.

2° Spontanément, c'est-à-dire par l'introduction et le développement des bacilles normaux de l'urèthre dans la vessie.

3° Par le cathétérisme : a) en poussant dans la vessie les bactéries de l'urèthre ; b) en introduisant des matières infectieuses par des instruments malpropres. Pour éviter la cystite en cas de cathétérisme, il faut désinfecter l'urèthre pour empêcher le transport éventuel des bactéries du canal et en second lieu stériliser les instruments.

Selon Barlow, on n'est pas arrivé jusqu'à présent à obtenir une stérilisation certaine de l'urèthre. On emploie en général des injections avec des solutions boriquées à 3 p. 100 et de nitrate d'argent à 1 p. 1000.

A propos de la stérilisation des instruments qui servent dans le cathétérisme, l'auteur rappelle les différents procédés préconisés par les auteurs.

Voici les résultats de ses recherches personnelles :

Pour obtenir la stérilisation certaine du cathéter, on l'expose pendant 35 à 40 minutes à un courant de vapeur, peu importe la substance que l'on emploie pour graisser le cathéter.

Si on est obligé d'avoir recours à des liquides aqueux de désinfection, il ne faut pas se servir de graisse pour enduire le cathéter, elle empêche la stérilisation certaine. La glycérine suffit à tous les desiderata. On peut en 15 à 30 minutes désinfecter sûrement les cathéters, traités par la glycé-

(1) Krogius a également décrit un cas de cystite gonococcienne.

rine, avec des solutions de nitrate d'argent et de sublimé à 1 p. 1000, en ayant soin de faire passer aussi les solutions à l'intérieur de l'instrument.

Pour la pratique privée, particulièrement pour le malade qui se sonde lui-même, l'auteur conseille de laisser de côté l'appareil de vapeur. Il lui suffit d'avoir deux vases cylindriques, un vase plus grand avec une seringue, un petit flacon pour la glycérine que l'on peut faire bouillir souvent et une boîte allongée en fer-blanc pour le cathéter. On conserve la seringue debout dans le vase, elle est toujours à demi remplie de nitrate d'argent à 1 p. 1000. Dans l'un des cylindres il y a du nitrate d'argent à 1 p. 1000, dans l'autre de l'acide borique à 3 p. 100.

Quand le malade veut se cathétériser, il prend le cathéter dans la boîte de métal et injecte à l'intérieur trois fois la solution antiseptique au moyen de la seringue ; il le plonge ensuite pendant 15 à 20 minutes dans la solution d'argent ; après avoir nettoyé les parties génitales externes, tout particulièrement le méat et les parties avoisinantes, avec un tampon imbibé de solution d'argent ou de sublimé, il lave le cathéter dans la solution boriquée et l'introduit ensuite après l'avoir plongé dans la glycérine. Après l'évacuation de l'urine on lave soigneusement le cathéter avec de l'eau, on y injecte le même liquide, puis on a recours aux mêmes précautions qu'avant le cathétérisme en procédant en sens inverse.

Le chapitre suivant est consacré au traitement de la cystite et spécialement à celui de la cystite bacillogène et coccogène. Le nombre des remèdes internes qui ont été proposés est légion, il est permis d'en conclure que tous n'ont donné que des résultats peu satisfaisants. En effet, la médication interne n'a sur les bactéries de la vessie qu'une action insignifiante et éphémère ; le traitement local seul a une influence salutaire. Ce traitement consiste dans la méthode d'instillation (Guyon) ou dans celle des lavages. De ces deux méthodes, la première est la plus active et on doit la préférer aux lavages.

Toutefois, dans certains cas, il faut avoir recours à cette dernière méthode, principalement dans la cystite chronique où elle est la seule qui soit tolérée ; chez les prostatiques avec vessie insuffisante et « bas-fond » il ne saurait être indifférent d'introduire par instillation un dépot de chlorure d'argent à l'intérieur de la vessie, même si la présence de ce dépôt agit en s'opposant au développement des agents de la cystite.

L'auteur en terminant résume ainsi qu'il suit les points les plus essentiels de son travail :

1° La cause immédiate des cystites que l'on observe d'ordinaire est bactérienne, à l'exception de l'inflammation chimique de la vessie occasionnée par la cantharide.

Il y a des cystites bacillogènes ; parmi les bacilles il faut signaler : le bacille de la tuberculose, le bacterium coli commune ; l'urobacillus liquefaciens septicus (proteus d'Hauser) ; le coccobacillus ureæ ; des cystites coccogènes ; parmi les cocci on doit faire entrer en ligne de compte : le gonocoque, le staphylocoque (pyogenes aureus et albus), le streptocoque (pyogenes), le diplocoque (pyogenes).

2° Des cultures tout à fait virulentes de ces bactéries sont à même de provoquer une cystite dans une vessie saine et dont l'épithélium est intact.

L'action des bactéries, autrement dit l'apparition des cystites infectieuses, est favorisée par des causes secondaires auxiliaires : rétention, hyperhémie passive ou active, traumatisme.

3° Trois causes auxiliaires agissent en favorisant l'infection :

La rétention par la production d'un résidu stagnant d'urine constitue un terrain de culture excellent pour la multiplication des bactéries.

L'hyperhémie, qui survient toujours comme conséquence de la rétention, peut aussi exister seule ; en amenant le relâchement de la paroi vésicale, elle favorise beaucoup l'invasion des bactéries infectieuses.

Le traumatisme, en ce qu'il détermine des plaies de la muqueuse vésicale et par conséquent des points d'attaque plus faciles pour les bactéries.

La rétention, l'hyperhémie ou les traumatismes seuls ne provoquent jamais de cystite.

4° La décomposition ammoniacale de l'urée n'a qu'une action secondaire pour certaines espèces de bactéries et il ne faut pas la regarder comme une cause immédiate de cystite. Elle peut aggraver une inflammation existant déjà, soit en augmentant la macération de l'épithélium, soit en ce sens qu'une urine très décomposée a par elle-même des propriétés irritantes qui s'ajoutent à celle de l'agent infectieux.

5° L'infection de la vessie arrive, dans la plupart des cas, par l'intermédiaire de cathéters et de sondes désinfectés d'une manière insuffisante, plus rarement par l'immigration ou le transport de micro-organismes uréthraux, pathogènes, qui existent d'ordinaire dans l'urèthre normal.

6° Il est impossible de faire, sans irriter la muqueuse, une désinfection de l'urèthre véritablement pratique. Des irrigations soigneuses avec l'acide borique ou des solutions faibles de nitrate d'argent sont utiles, mais leur action est incertaine.

7° Les meilleurs moyens pour désinfecter les sondes en soie sont : 1° le courant de vapeur ; 2° une solution de nitrate d'argent à 1 pour 1000; 3° le sublimé 1 p. 1000. Il est très important que le liquide antiseptique soit injecté à l'intérieur de la sonde. C'est une erreur absolue de graisser ou d'huiler les sondes. La glycérine stérilisée est seule utile.

8° Le traitement interne dans la cystite n'a une certaine importance que s'il existe de la fermentation urinaire en changeant la réaction. Le traitement interne n'a aucune action antiseptique qui puisse enrayer le développement des agents de la cystite.

9° Le mode de traitement le plus rationnel de la cystite consiste dans des instillations de nitrate d'argent ou de sublimé. Les lavages de la vessie ne viennent qu'en deuxième ligne. A. Doyon.

Alumnol dans la blennorrhagie. — Casper. Ueber die Wirkung des Alumnol auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus uro-genitalis. (*Berlin klin. Wochenschrift*, 1893, p. 306.)

Les succès très favorables annoncés par Chotzen de l'alumnol dans le traitement de certaines maladies uro-génitales ont engagé l'auteur à expérimenter ce médicament dans des affections de l'appareil génital.

Il a traité en tout 40 malades : 12 atteints de blennorrhagie aiguë, 20 de

blennorrhagie chronique, 4 d'épididymite blennorrhagique, 2 d'adénite post-blennorrrhagique et 2 de chancre mou.

Contre la blennorrhagie aiguë il a constaté que l'alumnol n'est ni plus ni moins efficace que les autres remèdes employés auparavant, mais dans la blennorrhagie chronique son action est inférieure à celle du nitrate d'argent. L'alumnol est complètement indolore et ne détermine pas d'irritation de la vessie.

Dans l'épididymite blennorrhagique, Casper n'a pas constaté que l'emplâtre d'alumnol fît résoudre plus rapidement les infiltrations nodulaires que les autres méthodes.

Quant à la lymphadénite inguinale, dans deux cas les injections d'alumnol n'ont donné aucun résultat.

Dans le chancre mou l'action de l'alumnol est plus satisfaisante, dans deux cas l'emploi de l'alumnol pur, plus tard d'un mélange à parties égales d'alumnol et d'amidon, a déterminé une guérison rapide. A. Doyon.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Réinfection syphilitique. — G. Salsotto. Terzo caso di reinfezione sifilitica. (*Gazetta medica di Torino*, 1892, nº 48.)

L'auteur, qui a déjà publié (*Gazetta medica di Torino*, 1889, p. 510) deux cas qu'il considère comme des exemples de réinfection syphilitique, rapporte le suivant :

Homme né en 1845; en 1864, chancre du pénis, polyadénopathie bi-inguinale, roséole, plaques muqueuses du pharynx et du périnée, lésions croûteuses du cuir chevelu, alopécie ; traitement par les frictions et l'iodure de potassium (Sperino) ; en 1865, syphilides papulo-squameuses de la paume des mains ; marié en 1867, pas d'enfants.

En juin 1891, vaste ulcération sur la couronne du gland et la face interne du prépuce, un peu saillante, régulière, presque circulaire, à bords nets, à base de dureté chondroïde, à fond recouvert d'un exsudat séro-purulent hémorrhagique ; dans l'aine droite, polyadénopathie ; cette ulcération est survenue 15 jours après un coït suspect. Au mois de juillet, exanthème présentant indubitablement les caractères de la roséole syphilitique, sur le thorax et l'abdomen ; douleurs rhumatoïdes au tronc et aux extrémités; en septembre, plaques muqueuses sur la lèvre et la gorge ; les adénopathies et l'induration de la verge persistent. La femme du malade présente, au mois de novembre suivant, un chancre à forme érosive de l'orifice vaginal, du côté droit, avec polyadénopathie, puis au bout de 2 mois, des plaques muqueuses vulvaires et pharyngées, des croûtes du cuir chevelu, une roséole. Georges Thibierge.

Chancre de la main. — A. Fournier. Chancres syphilitiques de la main, et des doigts. (*Semaine médicale*, nº 13, 1893.)

Ces chancres sont des accidents peu communs : ils ne figurent, dans la sta-

tistique du professeur Fournier sur un total d'environ 10,000 chancres de tout siège, que pour la proportion de 49 ; mais comme ils passent souvent inaperçus, on peut dire que leur fréquence réelle est certainement supérieure à celle qui ressort des statistiques. Ils sont plus communs chez l'homme ; ce sont des chancres de l'âge adulte, on n'en rencontre pas chez l'enfant ; les trois origines usuelles des chancres de la main et des doigts sont : la contamination médicale, la contamination vénérienne et la morsure. De ces trois modes de contagion, les deux premiers sont de beaucoup les plus fréquents, mais c'est le premier qui a fourni à M. Fournier le plus grand nombre de cas. Sur 49 chancres de ce siège qu'il a observés, il en compte 30 chez les médecins, qui les ont contractés médicalement dans l'exercice de leur art, et non autrement.

Les contaminations vénériennes dérivent d'attouchements érotiques, c'est le plus souvent le médius qui se trouve affecté. Les contaminations par morsure sont plus communes qu'on pourrait le supposer a priori ; M. Fournier en a relevé une dizaine de cas.

Presque toujours l'inoculation se produit au niveau d'une dénudation du derme (piqûre, érosion, petite gerçure, crevasse, envies, etc.) ; il est vraisemblable qu'une peau pourvue d'un épiderme intact résiste victorieusement à l'inoculation, mais n'est-il possible que du pus syphilitique venant à être introduit dans les glandes, dans les follicules pileux ou bien stagnant sous l'ongle ou sous l'épiderme qui recouvre la base de l'ongle ne puisse lui-même faire sa trouée en raison de l'irritation qu'il détermine ?

Au point de vue de leur siège, un premier point à signaler, c'est qu'ils sont plus communs sur le membre droit que sur le gauche ; ils occupent le plus souvent les doigts index, médius, pouce : sur 86 cas, 73 siégeaient sur les doigts, 12 sur le métacarpe, un sur le poignet ; au métacarpe ils affectent presque exclusivement la face dorsale ; sur les doigts on les rencontre le plus souvent sur la face dorsale, soit au niveau de la pulpe, soit au pourtour de l'ongle, c'est là leur siège favori.

Comme aspect, ou bien ils sont identiques à la forme classique du chancre, ou bien ils affectent des types anormaux que l'on peut réduire à trois : chancre hypertrophique, chancre panaris, chancre fongueux ; les deux derniers sont des chancres exclusivement digitaux hypertrophiques, il est saillant qu'ils constituent presque une tumeur surmontée d'une ulcération ; pour le second type, on dirait un panaris, par les tuméfactions des doigts, la rougeur, l'état d'infiltration des tissus, les douleurs ; l'ulcération est péri-unguéale ou sub-unguéale, elle est absolument irrégulière de contours, creuse, déprimée, à fond anfractueux, de couleur grisâtre ou rougeâtre. Le chancre fongueux est exceptionnel, il siège seulement à la dernière phalange ; la lésion ulcéreuse par suite d'un processus bourgeonnant, est transformée en une sorte de chou-fleur à végétations mollasses, rouges ou livides.

Quand les chancres des doigts affectent l'aspect classique du chancre syphilitique, ils présentent la forme bénigne, superficielle, érosive, ou la forme ulcéreuse, mais sont remarquables par quelques particularités locales : leur configuration est moins nette, moins régulière, moins arrondie ; aux phalanges et surtout au niveau de la dernière, au lieu de l'indu-

ration chancreuse ordinaire, on perçoit une dureté en masse, une résistance régionale, une infiltration générale; enfin ces chancres, surtout ceux qui s'insinuent sous l'ongle sont douloureux et quelquefois très douloureux. Leur évolution et leur durée diffèrent de celles des chancres des autres régions, surtout quand la matrice unguéale a été détruite en plus ou moins grande partie.

Quant au bubon symptomatique, il peut se produire sur les ganglions épitrochléens, sur les ganglions axillaires, sur les épitrochléens et axillaires à la fois, il a ses caractères habituels, ne suppurant qu'à cause de complications inflammatoires.

Au point de vue du pronostic de ces chancres, M. Fournier fait remarquer qu'ils sont considérés comme entraînant à leur suite des manifestations graves; il a, en effet, rencontré, sur un total de 49 chancres de la région de la main observés en ville, 14 fois des accidents de tertiarisme dont 6 cas de syphilis cérébrale et un de tabes. La cause de cette gravité tient d'une part à ce que, le chancre digital étant très souvent méconnu, la syphilis est tardivement traitée, et d'autre part que la profession médicale fournit un contingent énorme aux chancres de ce siège. Or le médecin est un sujet moralement déprimé vis-à-vis de la syphilis, parce qu'il sait ce qu'est la syphilis; il est presque toujours surmené intellectuellement et physiquement, enfin il se traite mal ou est mal traité.

L. Perrin.

Chancres extra-génitaux. — Gold. Sechs Fälle von extragenitaler Syphilis infection. (*Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1893, p. 791.)

Dans ces dernières années, on a publié de nombreuses observations de syphilis extra-génitale. Il est évident que ce mode d'infection n'est pas un phénomène rare (il est environ de 3 à 4 p. 100 de tous les cas d'infection). L'auteur fait remarquer que, spécialement en Russie et surtout chez les habitants de la campagne, ce mode de contagion est plus fréquent que celui par le coït. L'auteur en rapporte ensuite six cas. Les premiers concernent une même famille. Il s'agit de la fille d'un tsigane, âgée de 1 an 1/2, qui contracta la syphilis en jouant avec un jeune garçon atteint d'ulcération des lèvres; la mère traita l'enfant avec des remèdes de bonne femme et continua de l'allaiter. Après 4 à 5 semaines la mère eut un chancre du mamelon, plus tard un exanthème papuleux spécifique, etc.

Trois mois après le mari de cette femme présenta un chancre infectant de la lèvre inférieure, lequel fut également suivi de syphilis. Enfin, quelques mois plus tard la fille aînée, âgée de 15 ans, avait des plaques muqueuses des lèvres. (Les parties génitales étaient indemnes, la jeune fille était vierge.)

Dans le cinquième cas il existait un chancre induré sur l'amygdale droite. Ce malade habitait avec son père qui avait une ulcération de la lèvre. Organes génitaux intacts, par de cicatrices.

Chez le sixième malade on trouva une affection primaire sur les lèvres, le mont de Vénus et dans le sillon rétro-glandulaire. Ce malade est le père du précédent. Il est évident que dans ce cas le fils a été infecté par le père.

A. Doyon.

Chancre de l'amygdale. — Duncan Bulkley. Clinical notes on chancre of the tonsil with analysis of fifteen cases. (*Medical Record*, 27 mai 1893, p. 645.)

L'auteur croit que les chancres de l'amygdale sont relativement fréquents ; il invoque à cet égard l'autorité de C. Bœck qui lui a dit qu'après les chancres des organes génitaux, ceux de la gorge lui avaient paru être les plus nombreux en Norvège. Ce qui explique ce fait quelque peu étrange, c'est que dans ce pays la vie privée est dans les familles pauvres tout ce qu'il y a de plus intime ; il n'y a souvent qu'une seule cuillère, qu'une seule fourchette, qu'un seul verre, et de plus les inflammations de la gorge sont, grâce au climat, des plus fréquentes. L'auteur insiste sur ce fait déjà bien connu, qu'il n'y a qu'une très petite quantité des chancres de l'amygdale qui soient dus à des rapports contre nature : il n'en a pour sa part observé que trois qui aient eu cette origine. Sur environ deux mille cas de syphilis sur lesquels il a pris des notes, il a relevé 110 cas de chancres extra-génitaux : 49 cas de chancres de la lèvre, 15 de l'amygdale, 14 du doigt, 7 de la poitrine, 5 de la langue, 5 de la joue, 4 de la paupière, 3 du menton, 2 de la main, 1 du nez, de l'oreille, de la tempe, du cou, de l'avant-bras, de la région sacrée. Sur ces 15 cas de chancre de l'amygdale, il y avait 8 hommes et 7 femmes : l'amygdale droite a été affectée 9 fois, la gauche l'a été seule trois fois. L'auteur publie ensuite en détail deux observations typiques de chancres de l'amygdale ; puis il en retrace la symptomatologie en insistant sur ce fait que la plupart des médecins méconnaissent la nature de ces lésions et commencent toujours par traiter les malades pour tout autre chose. D'ordinaire le premier symptôme est une douleur de piqûre dans l'amygdale, et une sorte de gêne à la déglutition, puis l'amygdale se tuméfie rapidement, elle atteint parfois des dimensions considérables, rarement elle reste peu volumineuse. La surface de l'amygdale est toujours très rouge, mais d'ordinaire l'ulcération est presque négligeable, et il est assez souvent difficile de faire le diagnostic par le seul examen objectif. Le caractère le plus important est donné par la palpation des deux amygdales et par l'appréciation de l'induration toute spéciale du côté malade, puis vient la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. La syphilis qui suit l'infection amygdalienne est grave, parfois même des plus graves, d'après l'auteur.

Il est souvent fort difficile d'apprécier comment la contamination s'est faite. L'auteur rappelle toutes les opinions que l'on a émises. Sur ses quinze cas, voici ce qu'il a pu relever : trois jeunes gens ont été contaminés à la suite de pratiques obscènes ; deux jeunes filles l'ont été par leurs fiancés qui avaient des plaques muqueuses labiales ; une dame l'a été pour avoir fréquemment embrassé un de ses cousins qui avait les mêmes lésions. Il est probable que dans trois autres de ces cas la contamination s'est faite de la même manière : trois hommes ont été probablement infectés par des verres ou des pipes contaminés. Dans trois cas l'auteur n'a pas pu découvrir l'origine de la maladie.

L. B.

Syphilides. — G. Étienne. Syphilides érythémateuses circinées contemporaines des accidents secondaires précoces. (*La Médecine moderne*, 26 août 1893, p. 854.)

Femme de 20 ans, atteinte de plaques muqueuses de la vulve, du pharynx, de syphilides papuleuses de la cuisse et du cuir chevelu, de syphilides acnéiques du nez ; traces de chancre du col utérin ; alopécie diffuse très accusée. Taches érythémateuses variant de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 francs, plus ou moins régulièrement arrondies, les unes nummulaires ; les autres, surtout les grandes, nettement circinées, à bords continus, sans tendance à l'extension excentrique, complètement planes, recouvertes, surtout les plus récentes, d'une fine desquamation grenue, furfuracée, très superficielle ; teinte rose, tirant légèrement sur la couleur orangée ; l'éruption, absolument aprurigineuse, a débuté il y a environ un mois et n'a été localement précédée d'aucune autre lésion, elle est localisée aux parties latérales du cou, aux parties supérieures de la face interne des cuisses, aux aisselles ; on trouve dans ces régions une dizaine de plaques groupées sans ordre apparent.

L'auteur élimine le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert et admet qu'il s'agit d'une roséole circinée. Il rappelle les observations d'érythème circiné tertiaire rapportées par MM. Fournier, Besnier, etc., et, identifiant les lésions observées dans ces différents cas, en fait une manifestation syphilitique pouvant s'observer aux périodes les plus diverses de l'infection syphilitique, de même que les plaques muqueuses.

Georges Thibierge.

Syphilides cornées. — Lewin. Clavi syphilitici. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 3.)

Sous le nom de cors syphilitiques, Lewin désigne des productions plus ou moins saillantes, semblables à de la corne, tantôt elles sont entourées d'une couronne mince de squames, tantôt elles en sont recouvertes. Elles ont leur siège habituel à la paume des mains, plus rarement à la plante des pieds, dans quelques cas les surfaces palmaire et latérales des doigts et des orteils sont atteintes. Leur grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Leur forme est le plus souvent arrondie, parfois ovale. Elles sont comme enclavées dans la peau, et plus ou moins proéminentes ; leur surface n'est jamais convexe, elle est plutôt plane, parfois même concave. La coloration est au début rouge pâle, plus tard jaune pâle. Leur consistance est variable ; en commençant, les cors sont plus mous, analogues aux yeux de perdrix à leur début, peu à peu ils deviennent plus durs, de consistance cornée, quelquefois enfin ils prennent la dureté du ciment. D'abord il se forme une tache érythémateuse, rouge pâle, arrondie qui prend peu à peu une teinte foncée, et ensuite brunâtre ; en même temps l'épiderme s'épaissit et il se fait une desquamation légère. Ces lésions donnent lieu à peu de symptômes sensibles, quelques malades se plaignent de sensations légères de prurit et de picotements.

Les yeux de perdrix, cors vulgaires, se distinguent des corps syphilitiques par leur localisation au niveau des cartilages et des saillies osseuses. Rare-

ment les cors vulgaires ont leur siège sur les mains ; on dit, il est vrai, qu'il en survient sur la paume des mains, toutefois Lewin n'a pas eu l'occasion d'en observer. Ce qui est également caractéristique, c'est leur proéminence au-dessus du niveau de la peau environnante et le prolongement central par lequel les yeux de perdrix sont comme enclavés dans la peau ; ils sont souvent aussi le siège de douleurs spontanées et irradiantes.

Les callosités se différencient des corps syphilitiques, auxquels elles ressemblent comme couleur et consistance, par leur forme et leur amincissement périphérique. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la callosité est arrondie, même alors elle n'est jamais nettement délimitée comme le cor syphilitique.

La nature des occupations n'a aucune influence sur l'apparition des cors syphilitiques ; autrement dit, ils ne dépendent pas de causes traumatiques, comme quelques auteurs l'ont admis pour le psoriasis corné. L'observation simultanée sur la paume des deux mains, indique bien que les cors sont l'expression d'une maladie générale et ne sont pas provoqués par des influences locales.

Des observations recueillies par Lewin il ressort que les cors surviennent aussi bien dans le cours de la syphilis initiale que pendant les récidives. Toutefois on les observe principalement en même temps que les syphilides maculeuse et papuleuse, rarement dans les périodes tardives et très exceptionnellement ils accompagnent les symptômes dits tertiaires. L'auteur n'a rencontré que chez trois malades le psoriasis palmaire et plantaire, ce qui indique bien que les cors syphilitiques sont tout à fait indépendants de cette affection. Sur 28 malades qu'il a observés il y avait 14 hommes et 14 femmes. Chez tous ces malades les injections de sublimé ont amené la disparition des cors.

L'article se termine par un exposé historique de la question et un résumé des 28 observations recueillies par l'auteur.

A. Doyon.

Syphilis de l'oreille. — G. Milton Linthicum. Syphilis of the auditory canal with report of a case. (*Medical Record*, 19 août 1893, p. 232.)

L'auteur relate un cas de syphilides secondaires végétantes du conduit auditif externe, qui avaient été longtemps méconnues. Il fait ensuite, d'après les divers auteurs, un tableau très succinct des accidents syphilitiques primaires, secondaires et tertiaires, que l'on peut observer en cette région.

L. B.

Syphilis : Diagnostic. — Soler y Buscalla. El baño electrolitico como medio de diagnostico en casos dudosos de sifilis. (*Revista de ciencias medicas* de Barcelone, 1893, p. 97.)

Le Dr Bertran y Rubio a proposé de donner des bains électrolytiques dans les cas d'intoxication mercurielle, que cette dernière reconnaisse pour cause un traitement syphilitique ou soit de toute autre origine. Cette méthode, au dire du Dr Soler, n'offre pas seulement des avantages thérapeutiques ; elle peut être aussi un bon moyen de diagnostic dans les cas

douteux de syphilis, lorsque le malade ignore ou suppose qu'il en a été atteint, lorsqu'il ignore encore ou suppose qu'il a pris du mercure ; de même s'il s'agit de savoir à quelle cause il faut attribuer certaines lésions, on peut recourir à cette méthode : si elles sont spécifiques, elles ne se modifieront pas, mais si elles sont produites par le mercure, elles ne tarderont pas à s'effacer. L'auteur rapporte à ce sujet l'observation d'un malade qui était atteint de cette affection tenace consécutive aux syphilis les mieux traitées, l'herpès buccal : tous les traitements avaient échoué et trois bains électrolytiques suffirent à amener une guérison définitive. Dans une baignoire en cuivre, sans soudures, le malade s'assied sur une chaise en bois ; l'eau est acidulée avec 350 à 500 gr. d'acide chlorhydrique ; le courant galvanique doit avoir une intensité de 50 milliampères, bien qu'avec des courants moindres ou puisse obtenir des résultats satisfaisants. Le pôle négatif est fixé à la baignoire et le malade tient entre ses mains le pôle positif.

Le durée du bain varie, suivant les cas, de vingt à trente-cinq minutes.

PAUL RAYMOND.

Tertiarisme. — SEDERHOLM. Bidrag till kännedomen am de tertiära symptomens förekomst i syfilis has prostituerade. (*Nordiskt Medicinskt Arkiv*, 1893, h. 4.)

L'auteur conclut de recherches faites dans les registres de l'hôpital des vénériens de Stockholm, qu'un grand nombre de prostituées qui n'ont pas subi le traitement mercuriel ont, plus tard des symptômes, tertiaires, et qu'un traitement intense paraît mieux prévenir les symptômes tertiaires qu'un traitement faible. Cette étude ne fournit pas de réponse claire à la question de savoir si un traitement commencé de bonne heure (pendant l'année qui suit l'infection) exerce une plus grande influence à cet égard qu'un traitement commencé plus tard. GEORGES THIBIERGE.

Poids des syphilitiques. — FÜRST. Beitrag zur Kenntnis der Gewichtsverhältnisse bei Syphilis der Frauen und Kinder. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, tome XV, p. 421.)

L'auteur a fait des recherches statistiques sur les rapports de poids des femmes et des enfants syphilitiques à l'hôpital de Hambourg, dans le service du médecin en chef, M. le Dr Engel Reimers.

Il a utilisé les observations recueillies de 1885 à 1891. Voici les conclusoins auxquelles il est arrivé :

1° L'apparition de la syphilis chez les femmes et les enfants ne paraît pas entraîner une diminution dans le poids du corps.

2° Sur 1,800 femmes et enfants syphilitiques observés dans le service, on remarque bien plutôt une augmentation qu'une diminution de poids.

Chez les sujets atteints de syphilis et traités par le mercure le nombre de ceux dont le poids n'a pas varié est relativement considérable.

4° Quand il y a augmentation de poids les différences sont beaucoup plus considérables que s'il y a diminution. A. DOYON.

Hérédité syphilitique. — Dr Hewetson. The question of the transmission of syphilis to the third generation. (*The Johns Hopkins Hospital medical Society* ; meeting of 21 november, 1892.)

Il s'agit dans ce mémoire, d'une jeune femme de 21 ans, atteinte de syphilis héréditaire, qui devint enceinte, accoucha, et nourrit son enfant tout en ayant des accidents typiques de syphilis, et en particulier des périostoses crâniennes. L'enfant vint au monde parfaitement constitué et ne présenta jamais aucun symptôme qui pût être rattaché à la syphilis. C'est donc un fait négatif assez intéressant. Malheureusement il n'a pas plus de valeur qu'un fait négatif. L. B.

Syphilis héréditaire paternelle. — R. Berg. Congenit Syphilis ved patern Infection. (Syphilis congénitale d'infection paternelle.) (*Hospitalstidende*, n° 26, 1893.)

Femme publique de 20 ans, qui n'avait présenté jusqu'ici que des excoriations, des uréthrites légères et des végétations, traitées à « Vestre Hospital », accouche d'une fille le 31 janvier 1892.

L'enfant pesait 3,700 grammes, avait une longueur de 54 centimètres, elle a été élevée au biberon, n'a jamais été allaitée par une étrangère, quoique en nourrice.

Du 7 mars jusqu'au 21 mai 1885, l'enfant fut traitée à l'hôpital communal (service du professeur Haslund) pour un coryza purulent, des syphilides maculeuses et papuleuses sur le tronc et des papules conglomérées près de l'anus.

Six *mois après la naissance de l'enfant*, le 9 juin, la mère entra dans l'hôpital de l'Ouest (service de l'auteur), présentant « des indurations excoriées sur les petites lèvres et dans la commissure postérieure avec œdème induré d'une lèvre mineure et majeure et tuméfaction des ganglions de l'aine, plus tard aussi des ganglions cervicaux postérieurs, et un ganglion sous-maxillaire du côté gauche. Il y avait les prodromes ordinaires, maux de tête violents, de la rachialgie et de la cardialgie, mais pas de fièvre. Une faible rougeur des membranes muqueuses de la gorge et une faible chute des cheveux ». Sous un traitement purement local, les prodromes ont disparu, les indurations diminuaient et se cicatrisaient ainsi que l'œdème induré.

Il restait encore dans la 9e semaine une assez forte induration, mais il n'y avait pas d'exanthème et on commença alors le traitement par frictions à l'onguent napolitain (de 5 à 8 grammes) au nombre de 50. Après 30 frictions, les indurations et l'œdème avaient disparu.

L'auteur est persuadé que c'est là une première attaque de syphilis, car la femme « était bien connue à l'hôpital, et elle n'avait jamais présenté aucun symptôme qui laissait soupçonner la syphilis ».

Il y aura pourtant des sceptiques, qui diront que le cas de l'auteur n'est guère plus probant que ses prédécesseurs et qui croiront que la femme avait des papules et non pas des lésions initiales sur les parties génitales, supposition qui est confirmée par l'absence de symptômes secondaires proprement dits (roséole, exanthème généralisé).

Et quant à la syphilis du père, l'auteur n'en dit pas un mot. La situation de la mère (femme publique) laisse soupçonner qu'elle ne connaît pas le père de l'enfant.

Mais parler de syphilis héréditaire d'origine paternelle sans savoir si le père de l'enfant a eu réellement la syphilis nous semble bien hasardé.

Ehlers (de Copenhague).

Traitement de la syphilis. — Welander. Ueber die Behandlung von Syphilis mittelst Ueberstreichens-nicht Einreibens-mit Mercurialsalbe. (Tirage à part de *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis.)*

L'auteur a traité par cette méthode 135 cas de syphilis qui présentaient les accidents les plus variés, 75 hommes et 60 femmes. Sur ce nombre 79 faisaient un traitement pour la première fois, 29 pour la deuxième fois, 22 pour la troisième et 2 pour la quatrième fois; 3 avaient déjà subi plus de quatre traitements mercuriels.

Voici le procédé dont Welander s'est servi : on étend à l'aide d'une spatule ou d'un couteau à papier 6 gr. d'onguent hydrargyrique (1 partie d'Hg et 2 parties de graisse) sur les différentes régions du corps, en suivant l'ordre indiqué par Sigmund, immédiatement après on applique un linge de toile pour ne pas salir le lit.

On fait cette application dans l'après-midi ou le soir, le matin les malades prennent un bain de propreté de 10 à 15 minutes à une température de 35° C. Dans la journée le malade peut rester au grand air; mais le soir, immédiatement après l'application de pommade, il doit se coucher dans un lit chaud, mais sans trop se couvrir pour éviter la transpiration.

Après la simple application de la pommade mercurielle, l'auteur a constaté après 20, 25 et 30 jours une absorption très considérable de mercure. Il a également trouvé, pendant le premier mois et une partie du second, après la cessation du traitement, une très notable élimination du mercure, ce qui démontre la présence dans l'organisme d'une proportion sensible de mercure durant toute cette période.

Chez quatre femmes syphilitiques enceintes que Welander a eu l'occasion de traiter par les applications de pommade mercurielle, la grossesse s'est développée d'une manière durable.

Cette méthode est moins irritante pour la peau que celle des frictions. Chez les 135 malades, 126 n'ont pas présenté la plus légère irritation de la peau. Chez les 9 autres, 7 ont eu une irritation si légère qu'il y a à peine lieu d'en faire mention. Dans deux cas seulement chez des personnes à peau très irritable, on fut obligé d'interrompre les applications pendant quelques jours.

Comme pour la cure de frictions ou toute autre méthode de traitement l'auteur insiste sur la nécessité des soins de la bouche.

En terminant Welander dit qu'on pourrait aussi employer une pommade plus concentrée, celle recommandée par Ziemssen (2 part. de Hg. pour 1 de graisse), elle permettrait d'obtenir une absorption très énergique et très rapide de mercure.

Faut-il se borner à faire des applications de pommade mercurielle, ou

bien avoir recours à des frictions en laissant ensuite une couche de pommade sur la peau, c'est là une question qui, selon Welander, n'est pas encore résolue. A. DOYON.

Traitement de la syphilis par les injections. — L. WOLF and Dr J. WILLIAM WHITE. Hypodermie medication in Syphilis : Philadelphia county medical Society, 8 mars et 22 mars 1893. (Voir le *New-York medical Journal* du 15 avril 1893, p. 419.)

Le Dr L. Wolff fait, sur la question du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, une fort longue communication où il rappelle tout ce qui a déjà été écrit sur le sujet. Sa pratique peut se résumer de la manière suivante : dans les cas où les symptômes lui paraissent réclamer une intervention énergique, il emploie les injections d'un quart de grain (16 milligrammes environ) de sublimé, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, jusqu'à ce qu'il ait fait 25 injections.

Si après cela tous les symptômes n'ont pas complètement disparu, il a recours aux injections d'huile grise dont il fait de six à huit. Si, après une période de repos plus ou moins longue, il voit ensuite se produire des manifestations syphilitiques, il recommence la même série d'injections d'huile grise, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ne voie plus rien se reproduire.

Cette communication a été suivie d'une discussion assez vive dans laquelle le Dr J. William White a vivement attaqué la méthode du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées; les Drs Richard, A. Cleeman, J. A. Cantrell, Ed. Rosenthal s'en sont montrés, au contraire, d'assez zélés partisans.

Revenant sur cette question à la séance du 22 mars, le Dr J. W. White pose les conclusions suivantes : 1° Le traitement hypodermique de la syphilis n'a pas encore donné des résultats tellement éclatants qu'ils imposent son adoption comme méthode usuelle devant remplacer les autres procédés d'administration du mercure; il offre, au contraire, de tels désavantages et même de tels dangers qu'il est peu probable qu'il entre jamais définitivement dans la pratique courante; 2° il pense pouvoir résumer ainsi qu'il suit les indications du traitement hypodermique de la syphilis : *a*) les cas dans lesquels les autres méthodes de traitement ont été essayées et ont échoué; *b*) ceux dans lesquels pour une raison quelconque, le tube digestif ne peut supporter le mercure ; *c*) ceux dans lesquels la marche rapidement menaçante des lésions rend une mercurialisation rapide absolument nécessaire; *d*) ceux dans lesquels des lésions rebelles localisées peuvent être plus directement atteintes par ce procédé; *e*) peut-être les cas dont parle Jullien et dans lesquels, il est extrêmement important de faire un diagnostic rapide entre la syphilis et un cancer ou une tuberculose ; *f*) peut-être, ajoute-t-il, serait-il aussi possible d'utiliser les injections mercurielles sous-cutanées dans les cas d'ulcération primaire douteuse. Si, tout en ne faisant comme traitement local qu'un pansement propre, on voit l'ulcération se cicatriser rapidement sous l'influence de ces injections, ce serait un indice de sa nature spécifique (??); 3° il faut pré-

férer les préparations mercurielles solubles aux insolubles, car on peut mieux les doser, elles sont moins dangereuses, et donnent moins souvent lieu à des accidents locaux. On doit réserver les préparations insolubles aux cas dans lesquels le médecin ne peut faire de visites fréquentes, et dans lesquels il n'existe aucune contre-indication comme les affections rénales, le diabète, l'anémie profonde, l'athérome, etc.; 4° parmi les sels solubles, le bichlorure paraît préférable à l'auteur, à cause de sa solubilité, de sa stabilité et de ses propriétés antiseptiques. Parmi les sels insolubles, il donne la préférence au calomel et à l'oxyde jaune, puis à l'huile grise. L. B.

Sozoiodolate de mercure dans la syphilis. — L. Merk. Ueber die antiluetische Kraft des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis.* 1893 p. 599 et 817.)

L'auteur emploie ce remède d'après la formule donnée par Schwimmer.

Sozoiodolate de mercure................	0 gr. 80 centigr.
Iodure de potassium....................	1 gr. 60 —
Eau distillée..........................	10 gr. —

On triture dans un vase 1 gr. 60 cent. d'iodure de potassium et 0, 80 de sozoiodolate de mercure, en ajoutant peu à peu 10 gr. d'eau distillée jusqu'à ce qu'il se forme un liquide jaunâtre troublé par un léger dépôt gris noirâtre; après avoir filtré, on emploie le liquide en injection.

Chaque cinquième jour on injecte, au moyen d'une seringue Pravaz, un centimètre cube dans la région fessière. Un centimètre cube de la solution contient 8 centigr. de sozoiodolate mercurique et par conséquent 32,04 p. 100 ou 0,025632 de mercure.

Merk a commencé à faire des expériences sur les animaux; il a pratiqué le même jour à cinq lapins une injection intramusculaire d'un demi-centimètre cube de la solution dans la région ischiatique; le jour suivant il tua un lapin pour étudier sur les fragments des muscles les différentes modifications anatomiques.

Il résulte des recherches de l'auteur que pendant les cinq premiers jours on n'a aucun point de repère pour savoir si l'injection se transforme par réduction en mercure métallique ou si elle se réduira ultérieurement. Le premier résultat est la formation d'un œdème assez intense dans le tissu conjonctif sous-cutané, la présence d'un dépôt ou d'une masse coagulée finement granuleuse qui disparaît peu à peu dans le chorion et le tissu conjonctif sous-cutané, tandis que l'infiltration cellulaire augmente jusqu'à une limite déterminée et ensuite diminue graduellement.

En outre il survient aussi dans le muscle, au début, un œdème moins prononcé mais qui s'accompagne d'une forte infiltration cellulaire; dans le tissu conjonctif intramusculaire ce n'est qu'à la longue qu'il se produit dans le chorion un dépôt analogue et finement granuleux; sur les coupes faites ultérieurement les fibres musculaires sont modifiées, leur contenu est en quelques points infiltré de cellules; les vaisseaux sanguins ne présentent que de légères modifications; enfin sur les préparations ultérieures les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont très congestionnés.

L'auteur croit pouvoir affirmer que l'état décrit ci-dessus peut s'expliquer par une cautérisation plus ou moins accentuée.

En tenant compte de la quantité relativement beaucoup plus faible de l'injection chez l'homme, on devait trouver aussi dans ces cas une cautérisation plus ou moins caractérisée de quelques fibres musculaires. Si la cautérisation est étendue, il peut facilement se produire une nécrose et une tendance à éliminer la partie nécrosée et amener la formation d'un abcès.

L'auteur donne ensuite très en abrégé l'observation de 94 malades qu'il a traités avec le sozoiodolate de mercure. Dans la seconde partie de son travail, Merk rapporte un choix d'autres observations (33) de malades qui, soit en raison de la longue durée de l'observation, soit par suite de leurs détails intéressants, méritent une attention spéciale.

Voici le résumé des observations faites par l'auteur.

Sous l'influence des injections l'exanthème primaire est modifié d'une manière différente quant aux formes. La roséole disparaît dans un laps de temps extrêmement variable et après un nombre d'injections qu'on ne saurait absolument apprécier, de sorte que l'auteur avoue qu'il n'ose attribuer à ce médicament dans la roséole un effet médicamenteux quelconque, ainsi que le montre le résumé sommaire de 34 observations. L'auteur étudie ensuite l'influence des injections sur les condylomes, surtout ceux de la région génitale. Les papules disparaissent, que la syphilis soit ancienne ou récente; toutefois elles exigent un temps plus long pour leur régression, quand elles sont déjà organisées. L'action des injections est également salutaire et décisive sur les récidives d'exanthèmes, quoiqu'elles soient peu efficaces dans certains cas. Quant aux affections spécifiques de la rétine, du nerf optique, l'auteur n'a eu à traiter qu'un seul cas dans lequel 8 injections firent disparaitre presque complètement, après 32 jours, une infiltration du nerf optique (Stauungspapille).

Les injections ont peu d'action, parfois même pas du tout, sur les papules des muqueuses dans la première partie du canal viscéral; elles n'empêchent pas leur apparition et ne contribuent en rien à leur disparition. Il en est de même de la leucodermie. On ne saurait dire quelle est l'influence de ces injections sur l'apparition des récidives.

Enfin quant aux complications, l'auteur les a toutes vues : stomatite, depuis le degré le plus léger jusqu'à la forme la plus grave; entérite, deux fois à un degré modéré; néphrite plus intense, outre de nombreux cas d'albuminurie, enfin d'assez nombreux infiltrats et dans un cas un abcès.

D'après ces résultats, on pourrait peut-être se demander quels sont les avantages des injections de sozoiodolate de mercure employées sous forme soluble.

A. Doyon.

NOUVELLES

MORT DU Dr DEFFIS. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Jean-Pierre Deffis, décédé à l'âge de 84 ans, à Saint-Mandé, où il s'était retiré. Le nom de M. Deffis est à peu près ignoré de la génération actuelle; rappelons donc que M. Deffis fut à l'hôpital Saint-Louis le collaborateur assidu et dévoué de Bazin et l'aida tout particulièrement dans ses recherches sur la teigne : ce fut lui que Bazin chargea d'appliquer et de surveiller le traitement qu'il avait imaginé pour remplacer le traitement, alors fameux, des Mahon.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE. — La Société allemande de dermatologie tiendra son quatrième congrès *à Breslau les 14* (lundi de Pentecôte), *15 et 16 mai 1894.*

Les séances auront lieu de 9 heures à midi 1/2 et de 2 heures à 4 heures 1/2.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : *Tentatives récentes de systématisation en dermatologie.* Rapporteur : M. le professeur KAPOSI, de Vienne. *Etat actuel de l'étude des dermatomycoses.* Rapporteur : M. le professeur PICK, de Prague.

On annonce en outre un grand nombre de communications et de démonstrations. Ces dernières, d'après les statuts de notre société, passeront en première ligne.

Une exposition d'instruments, de produits médicamenteux, de moulages, de préparations microscopiques et anatomo-pathologiques sera annexée au congrès.

NOMINATIONS. *Constantinople.* — Nous sommes heureux d'annoncer que le Dr Djelal Moukhtar, qui fut pendant trois années un des travailleurs assidus de l'hôpital Saint-Louis, a été nommé professeur de dermatologie à la Faculté de médecine militaire de Constantinople.

Faculté de médecine de Rome. — M. le Dr Rob. Campana, professeur à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé professeur ordinaire de dermatologie et de syphiligraphie en remplacement de M. Manassei, décédé.

Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le privatdocent O. Lassar.

MISSION MÉDICALE EN ISLANDE. — Nous apprenons avec plaisir que la commission du budget de la Chambre danoise vient de voter à l'unanimité 3,000 couronnes pour une expédition en Islande, à l'effet d'y étudier les restes de la lèpre, surtout examiner la vérité des théories de M. Zambaco.

L'expédition, qui partira de Copenhague en juillet, se compose de notre collaborateur, M. Ehlers, ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques; M. Johan Ulrich, ancien interne des hôpitaux communaux, et d'un médecin islandais.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE L'ÉPITHÉLIOME PAVIMENTEUX (CARCINOME DE LA PEAU)

Travail de l'Institut pathologique de Genève,

par le Dr **S. Keser**.

(avec une planche).

AVANT-PROPOS

Dans son travail intitulé : *Signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes* et publié en 1890, M. A. Borrel dit en terminant : « La plus grande réserve s'impose avant de parler de parasitisme et de coccidies, dans les tumeurs épithéliales. »

Depuis lors, de nombreuses et importantes observations sont encore venues enrichir l'ensemble de nos connaissances sur la question, sans toutefois aboutir à rallier à une cause commune les opinions divergentes des pathologistes.

Telle est la raison qui nous a paru justifier de nouvelles recherches dans ce domaine.

Bien que le sujet que nous nous sommes proposé se rapporte plus spécialement à l'étude de la question dans les épithéliomes en particulier, il nous a cependant paru à propos de donner, en tête de cette publication, un aperçu bibliographique des principaux travaux parus jusqu'à ce jour et parvenus à notre connaissance, ayant trait plus ou moins directement à la question de la psorospermose chez l'homme et à l'étiologie des tumeurs cancéreuses en général.

Nous nous abstiendrons de reprendre à son début l'histoire des coccidies chez l'homme, nous bornant, sous ce rapport, à renvoyer le lecteur aux communications de Podwyssozki et Sawtschenko, Duplay et Cazin, Foa, Török, etc. ; d'autre part, nous chercherons toujours, dans le cours de ce travail, à comparer nos observations avec celles d'auteurs antérieurs, partisans aussi bien qu'adversaires de la théorie parasitaire du cancer.

Le point spécial que nous avons pris pour tâche d'élucider définitivement est celui-ci : les figures que l'on rencontre dans l'épithéliome en particulier, et qui ont été décrites comme coccidies, sont-elles

véritablement des parasites, ou doivent-elles recevoir une interprétation différente?

Avant d'aller plus loin, nous tenons à témoigner notre sincère et profonde reconnaissance à M. le professeur Dr Zahn, directeur de l'Institut pathologique de Genève, qui a bien voulu mettre à notre disposition les matériaux nécessaires à cette étude et diriger nos recherches par ses précieux conseils.

Nous adressons également tous nos remerciements à M. le professeur Dr Vaucher, ainsi qu'à MM. les Drs Jacot et Tilger, assistants d'anatomie pathologique, pour l'obligeance dont ils ont fait preuve à notre égard, en diverses occasions.

BIBLIOGRAPHIE

VIRCHOW. — Die endogene Zellenbildung beim Krebs. *Virchow's Archiv*, Bd III p. 197, 1851.
GUBLER. — Tumeurs du foie déterminées par des œufs d'helminthe et comparables à des galles, observées chez l'homme. *Mém. de la Soc. de biologie,* 1858, et *Gaz. méd. de Paris,* 1858, p. 657.
LUTZ. — *Hypertrophie générale du système sébacé.* Thèse de Paris, 1860.
VIRCHOW. — *Helminthologische Notizen,* et *Zur Kenntniss der Wurmknoten,* 1860 XVIII, p. 523.
LINDEMANN. — Ueber die hygienische Bedeutung der Gregarinen. *Deutsche Zeitschr. f. Staatsarzt,* 1868. Anal. dans *Gaz. méd. de Paris,* 1870.
BUTLIN. — On the minute Anatomy of two cases of carcinoma of the breast preceded by eczema of the nipple and areola. *Med. chir. trans.,* 1877, vol. LX, p. 153.
RIVOLTA. — Dei parassiti vegetali. Turino, 1878.
BOLLINGER. — *Virchow's Arch.,* n° 58.
NEDOPIL. — *Anz. der ärztl. Gesellsch.,* zu Wien, 1881, n° 8, p. 32.
CZOKOR. — *Vorträge f. Thierärzte,* 1883, IV, Heft 11.
BALBIANI. — Leçons sur les sporozoaires, 1884.
PITRES et KÜNSTLER. — Sur une psorospermie trouvée dans une humeur pleurétique. *Journal de micrographie,* 1884, pl. XII et XIII.
LEDOUX-LEBARD. — *Arch. génér. de médecine,* 1885.
BLANCHARD. — Note sur les sarcosporidies. *Bull. Soc. zool. de France,* 1885, p. 244
SCHEUERLEN. — Die Aetiologie des Carcinoms. *Deutsche med. Wochenschr.,* 1887 n° 48, p. 1033.
SCHILL. — *Deutsche medicin. Wochenschr.,* 1887.
ARNOLD. — Ueber Theilungsvorgänge an den Wanderzellen, ihre progressiven und regressiven Metamorphosen. *Arch. f. mikrosk. Anat.,* Bd XXX, 1887.
HALLOPEAU. — *Réun. hebd. des méd. de l'hôp. Saint-Louis,* novembre 1888.
SENGER. — *Berlin. klin. Wochenschr.,* 1888.
ROSENTHAL. — *Zeitschr. f. Hygiene,* 1888, Bd V.
PFEIFFER. — *Berlin. klin. Wochenschr.,* 1888.
— Beiträge zur Kenntniss der pathogenen Gregarinen. *Zeitschr. f. Hygiene,* Bd IV, 3e p.
BRANDT. — Ueber die Bakteriologie des Krebses. Kasan, 1888 (en russe).
NEISSER. — Ueber das Epithelioma (sive molluscum) contagiosum. *Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphilis,* 1888, p. 553.

SPENCER WELLS. — Ueber Krebs und carcinomatöse Krankeiten. *Morton Lecture*, 1888.

STEINHAUS. — Karyophagus Salamandrae. Eine in den Darmepithelzellen parasitisch lebende Coccidie. *Virchow's Arch.*, 1889, Bd V.

DARIER. — De la psorospermose. *Comptes rendus hebdom. de la Soc. de biologie*, février, mars et avril 1889, et *Sem. médic.*, p. 101, 125 et 331.

— De la psorospermose folliculaire végétante. *Ann. de Dermat.*, 1889, 2e série, t. X, p. 597.

ALBARRAN. — Communication faite à la Soc. de biologie. V. *Sem. médic.* 1889, 10 avril, p. 117.

THIBAULT. — *Obs. clin. p. servir à l'histoire de la psorospermose folliculaire végétante.* Thèse de Paris, mai 1889.

THOMA. — Ueber eigenartige parasitäre Organismen in den Epithelzellen der Carcinome. *Fortschr. d. Med.*, 1889, Bd VII, p. 413.

WHITE (J.-C.). — A case of keratosis (ichthyosis) follicularis. *Journ. of cut. and gen. ur. diseases*, juin 1889.

MICHAUD. — De la contagion du cancer. *Sem. médic.*, 1889, n° 29.

VERNEUIL. — Propriétés pathogènes des microbes renfermés dans les tumeurs malignes. *Revue de chir.*, 1889, t. IX.

STEMMER. — Zusammenstellung des jetzigen Standes der Frage über die Aetiologie des Krebses. Stuttgart, 1889.

PODWYSSOZKI. — Ueber die Bedeutung der Coccidien in der Pathologie der Leber des Menschen. *Centralbl. f. Bakt.*, 1889, t. VI, p. 41.

DEICHLER. — Ueber parasitäre Protozoen im Keuchhustenauswurf. *Zeitschr. f. Wissensch. Zool.*, t. XLIII, 1re partie, 1886; et Weitere Mittheilungen. *Ibidem*, t. XLVIII, p. 303-310, 1889.

ZAHN (F.-WILH.). — Beiträge zur Histogenese des Carcinoms. *Virchow's Arch.*, 1889, Bd CXVII, p. 37 et 209.

RÖPKE. — Beiträge zur Aetiologie der Œsophagus carcinome. Kiel, 1889.

ZENKER. — Der primäre Krebs der Gallenblase und seine Beziehung zu Gallensteinen und Gallenblasennarben. *Deutsche Arch. f. klin. Med.*, Bd XLIV, 1889.

PLICQUE. — Les tumeurs chez les animaux. *Revue de chir.*, t. IX, 1889.

CHAINTRE (ARMAND). — De l'épithéliome des cicatrices. *Gaz. méd. de Paris*, 1889, nos 17-22.

MARSHALL. — On cancer and cancerous diseases. *Lancet*, vol. II, 1889, n° 21, p. 1045-1049.

HANAU. — Erfolgreiche experimentelle Uebertragung von Carcinom. *Fortschs. d. Med.*, 1889, Bd VII, n° 9.

SCHIMMELBUSCH. — Ueber multiples Auftreten primärer Carcinome. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XXXIX, 1889, Heft 4.

BLAND SUTTON. — Communication à la Soc. de pathologie de Londres. V. *Sem. médic.*, 1890, p. 7.

KOUBASSOW. — Die Microorganismen der krebsartigen Neubildungen. *Wiestnik-gigieny*, 1889 (en russe). *Wiener med. Presse*, 1890, nos 29-31 et 33.

WICKHAM. — Anatomie pathologique et nature de la maladie de Paget. *Arch. de méd. expér.*, janvier 1890.

— *Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer; Maladie de la peau dite « maladie de Paget ».* Thèse de Paris, juin 1890.

HANSEMANN. — Ueber asymetrische Zelltheilung in Epithelkrebsen und deren biologische Bedeutung. *Virchow's Arch.*, 1890.

PODWYSSOZKI. — De la présence des coccidies dans les œufs de poules, ses rapports avec la pathogénie de l'épithéliome. *Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat.*, 1890, n° 5.

VINCENT. — Sur la présence d'éléments semblables aux psorospermies dans l'épithélioma pavimenteux. *Sem. médic.*, 1890, p. 77.

— *Annales de micrographie*, décembre 1890.

HUTCHINSON (J.) fils. — Communicat. à la Soc. de pathologie de Londres. *Sem. médic.*, 1890, p. 103.

SHERIDAN DELÉPINE. — Id. *Sem. médic.*, 1890, p. 103.

WHITE (J.-C.). — A second case of keratosis follicularis. *Journ. of cut. and gen. ur. diseases*, vol. VIII, 1890, p. 13.

DARIER. — A propos d'un nouveau cas de psorospermose folliculaire végétante. *Ann. de dermat. et de syph.*, 3e série, t. I, 1890, p. 277.

HACHE (ED.). — Les coccidies dans les cancers épithéliaux. *Comptes rendus hebdom. de la Soc. de biologie*, 1890, p. 637.

ALBARRAN. — Communication faite au Congrès internat. de Berlin. *Sem. médic.*, août 1890, p. 308.

WRIGHT, RAMSAY. — The pathogenic Sporozoa. Toronto, 1890; et *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, 1890, nº 11.

FIRKET. — Ueber eigenthümliche Veränderungen der Epidermis. *Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat.*, 1890, nº 20, p. 646.

SCHÜTZ. — Ueber die protozoen-und coccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen. *München. med. Wochenschr.*, 1890, nº 35.

— Mikroskopische Carcinombefunde. Frankfurt a/M., 1890.

NILS SJÖBRING. — Ein parasitärer protozoartiger Organismus in Carcinomen. *Fortschr. d. Med.*, 1890, p. 529.

STEINHAUS. — Ueber parasitäre Einschlüsse in den Pankreaszellen von Amphibien. *Ziegler's Beiträge*, Bd VII, 1890, p. 367, pl. XI.

TÖRÖK et TOMMASOLI. — Ueber das Wesen des Epithelioma contagiosum. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, t. X, nº 4, 1890.

KLEBS (EDW.). — Ueber das Wesen und die Erkennung der Carcinombildung. *Deutsche medicin. Wochenschr.*, 1890, nos 24, 25 et 32.

BORREL (A). — Signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1er série, t. II, 1890, p. 787, pl. XII.

S. VAN HEUKELOM. — Ueber intra-celluläre Gebilde bei Carcinomen. *Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat.*, 1890, Bd I, nº 22.

KOSSINSKY. — Zur Lehre von den Physaliphoren der Carcinomgeschwülste. *Warschauer Universitäts Nachrichten*, 1890 (en russe).

PFEIFFER. — Unsere heutige Kenntniss von den pathogenen Protozoen. *Centralbl. f. Bakt. und Parasitenkunde*, 1890, p. 761 et p. 794.

ISRAEL. — Ueber die ersten Anfänge des Magenkrebses. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1890, nº 29.

HAUSER. — Das Cylinderepithelcarcinom des Magens und des Dickdarmes, Jena, 1890.

VOLKMANN (R.). — Ueber den primären Krebs der Extremitäten. *Volkmann's Sammlung klin. Vortr.*, nos 334, 335.

MALASSEZ. — Sur les nouvelles psorospermoses chez l'homme. *Arch. de méd. expér.*, 1890, vol. II.

RUSSEL. — Communication à la Soc. de pathologie de Londres. *Sem. méd.*, 1890, p. 466.

CAZIN. — Contribution à l'étude des dégénérescences cellulaires. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, décembre 1890.

PFIFFARD. — Psorospermosis. *Journ. of cutan. and genito-urin. diseases*, janvier 1891.

MALASSEZ. — Notes sur la psorospermose du foie chez le lapin domestique. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, t. III, 1891, p. 1, pl. I.

FABRE-DOMERGUE. — Communication faite au Congrès français de chirurgie. Avril, *Sem. médic.*, 1891, n° 19, p. 150.

SHERIDAN DELÉPINE. — Communications à la Soc. de pathol. de Londres et au Congrès intern. d'hygiène et de démographie à Londres. *Sem. médic.*, 1891, p. 231 et 331.

STROEBE. — *Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat.*, 1891, n°s 10 et 11.

— *Ziegler's Beiträge*, Bd XI, 1891, Heft 1.

RHEINSTEIN. — Ueber Riesenzellensarkom des Endometrium. *Virchow's Arch.*, Bd CXXIV, 1891.

CORNIL. — Mode de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithéliome. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1891, p. 97.

PILLIET. — Sur quelques formes de dégénérescences épithéliales rappelant les coccidies. *Trib. médic.*, 1891, p. 360.

DUPLAY et CAZIN. — Communication au Congrès internat. d'hygiène et de démographie à Londres. *Sem. méd.*, août 1891, n° 42, p. 349.

CAZIN. — Les sporozoaires. *Sem. méd.*, 1891, n° 43, p. 354.

STEINHAUS. — Ueber abnorme Einschlüsse in den Zellkernen menschlicher Gewebe. *Centralbl. f. allg. Pathol.*, 1891, Bd II, n° 14.

— Ueber Carcinomeinschlüsse. *Virchow's Arch.*, 1891, Bd CXXVI.

VEDELER. — Et kraetdyr. *N. mag. f. Laeger*, 1891, n° 7.

RIBBERT. — Ueber Einschlüsse im Epithel der Carcinome. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1891, n° 42.

BOECK (C.). — *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1891, Heft 6.

PFEIFFER (L.). — Die Protozoen als Krankheitserreger. 2te Aufl. Iena, 1891.

KLIEN (R.). — *Ziegler's Beiträge*, Bd XI, 1891, Heft 1.

RAUM (J.). —*Bote der Naturkunde*, 1891, n° 7 (en russe).

NEISSER. — Communication faite au Congrès de la Soc. allem. de dermat. à Leipzig. *Sem. méd.*, septembre 1891, p. 393.

SUDAKEWITSCH. — Bericht der Sitzung der kiewer geburtshülfl. Gynäkol. Gesellsch., 24 nov. 1891. *Vratsch.*, 1891, n° 49 (en russe).

RUSSEL. — An address on a characteristic organism of cancer. *Brit. med. Journ.*, 1891, n° 1576.

SHATTOCK et BALLANCE. — A short record of work done in the pathology of cancer during the last fiew years. *The Brit. med. Journ.*, 1891, n° 1576.

OHLOFF. — Ueber Epithelmetaplasie und Krebsbildung. Greifswald, 1891.

SCHLEICH. — Infection und Geschwulstbildung. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1891, n° 3.

SOUDAKEWITSCH. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 146.

PODWYSSOZKI et SAWTSCHENKO. — Ueber Parasitismus bei Carcinomen. *Centralbl. f. Bakter. und Parasitenkunde*, 1892, Bd XI.

RUFFER. — *The Brit. med. Journ.*, 1892, II, p. 115.

FABRE-DOMERGUE. — Communication à la Soc. de biologie. *Sem. médic.*, avril 1892, p. 169.

SHERIDAN DELÉPINE. — Communication à l'Association médicale britannique, à Nottingham. *Sem. médic.*, août 1892, p. 318.

FOA. — Ueber die Krebsparasiten. *Centralbl. f. Bakt. und Parasitenkunde*, 1892, Bd XII, n° 6.

BOECK. — Congrès international de dermatologie et syphiligraphie à Vienne, septembre. *Sem. médic.*, 1892, p. 380.

NOEGGERATH. — Beiträge zur Struktur und Entwickelung des Carcinoms. Wiesbaden, 1892.

BORREL. — Évolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma. Montpellier, 1892.

RUFFER et WALKER. — On some parasitic Protozoa found in cancerous tumors *The Journ. of pathol. and bacteriol.*, octobre 1892.

KURSTEINER. — Beiträge zur pathologischen Anatomie des Papillomes und papillomatöser Krebse von Harnblase und Uterus. *Virchow's Arch.*, décembre 1892.
KOROTNEFF. — Rhopalocephalus Carcinomatosus n. g. und sp. kor. (Krebsparasit). *Centralbl. f. Bakt. und Parasitenkunde.* Bd XIII, 1893, n°s 11, 12.
BURCHARDT (EUG.). — Ueber ein Coccidium im Schleimkrebs des Menschen und seine Dauersporencyste. *Virchow's Arch.*, janvier, 1893.
FOA. — Sur les parasites et sur l'histologie pathologique du cancer. *Arch. italiennes de Biol.*, 1893, t. XX, p. 44, avec 4 pl.; et *Archivio per la scienze mediche*, 1893 vol. XVII, n° 13, p. 253.
SCHWARZ. — Communication au club médical de Vienne. *Sem. médic.*, mars 1893, n° 16, p. 124.
RUFFER et PLIMMER. — Communication à la Société de biologie. *Sem. médic.*, avril 1893, n° 24, p. 190.
DUPLAY et CAZIN. — Contagion et inoculabilité du cancer. *Sem. médic.*, juillet 1893, n° 42, p. 329.
CAZIN. — Communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, session de Besançon. *Sem. médic.*, août 1893, n° 51, p. 404.
UNNA. — Zur Kenntniss der hyalinen Degeneration der Carcinomepithelien. *Dermatol. Zeitschrift von Lassar.*, 1894, Bd I, Heft 1.
TÖRÖK. — Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Paget'schen Krankheit. *Monatshefte f. pr. Derm.*, 1893, p. 209.

La pièce qui a servi de base principale à nos observations est un épithéliome lobulé de la lèvre, à cellules pavimenteuses, riche en globes épidermiques.

La tumeur a été fixée dans le liquide de Flemming et conservée ensuite dans l'alcool absolu. Les coupes pratiquées soit à la main, soit au microtome après enrobage à la celloïdine, ont été examinées dans la glycérine. Quant au mode de coloration employé, nous aurons soin de l'indiquer à propos de chacune des préparations que nous décrirons.

L'examen de notre première coupe nous permit déjà de découvrir sans peine un spécimen parfaitement bien constitué des corps que nous cherchions : c'est celui qui se trouve fidèlement représenté à la figure 4, *a*, de notre planche.

Nous voyons là une cellule épithéliale, à pourtour franchement délimité, envahie dans sa presque totalité par un corps à peu près exactement sphérique, présentant un double contour bien distinct, un contenu plus réfringent que le protoplasma cellulaire et un corpuscule central très net. Le noyau de la cellule, bien caractérisé, pourvu de deux nucléoles, se trouve refoulé à la périphérie de celle-ci, où, adossé au corps inclus, il a pris une forme de croissant. Les cellules voisines présentent déjà une tendance marquée à s'aplatir sous l'influence de la pression centrifuge exercée sur elles par le corps envahissant.

En examinant plus attentivement cette préparation traitée par l'hématoxyline, on distingue en outre, autour du corpuscule central fortement coloré et présentant trois petits points réfringents, une zone

concentrique étroite, plus sombre que le reste de la masse dans laquelle elle prend naissance et d'où partent de fines stries radiées, ainsi que le fait voir notre dessin. D'autre part, il est aisé de se convaincre, en faisant agir la vis micrométrique, que cette sorte d'enveloppe de la figure centrale n'est point constituée par une membrane propre : de même que les stries, elle n'est que le résultat des conditions spéciales de consistance et de réfringence de ce corps intracellulaire, conditions sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin.

Le diamètre moyen de ce présumé parasite mesure 0,032 millim. et celui de son noyau 0,012 millim.

Notre figure 4, *b*, tirée d'une deuxième coupe, colorée cette fois-ci au picro-carmin, nous montre un second spécimen d'inclusion cellulaire d'un aspect général très semblable au précédent : les seules petites variantes consistent en ce que le corpuscule central est réfringent dans sa totalité, et que la zone sombre qui l'environne est ici plus large et nettement granuleuse.

Le diamètre moyen de ce corps intracellulaire est également de 0,032 millim. et celui de son noyau de 0,008 millim.

La cellule envahie fait ici partie d'un îlot épithélial perdu au milieu de tissu musculaire à caractère inflammatoire.

Nous pourrions, sans difficulté, multiplier ces exemples : en effet, dans chacune des nombreuses coupes que nous avons pratiquées, nous avons pu constater la présence d'une ou de plusieurs inclusions cellulaires identiques, se présentant sous un aspect plus ou moins favorable à l'examen et à la démonstration. Mais ce qui précède suffit, croyons-nous, à bien préciser un premier point essentiel de notre étude, à savoir que : si, dans l'épithéliome pavimenteux en particulier, il existe des corps susceptibles d'être pris ou décrits comme coccidies, ce sont bien ceux que nous avons vus nous aussi et que nous reproduisons, à leur stade le plus parfait de développement, dans notre figure 4.

Que l'on veuille bien, en effet, comparer maintenant ces figures avec celles de A. Borrel (1) (fig. II et III, 6) et (2) (pl. II, fig. 11, *c*), de Darier et de L. Wickham (3) (pl. II, fig. 4 ; pl. III, fig. 12, et pl. IV, fig. 3), et il ne sera plus possible de mettre en doute l'identité des corps que nous venons de décrire avec ceux observés par Borrel d'une part, et de leur extrême ressemblance avec les coccidies décrites par Darier et Wickham dans la maladie de Paget, d'autre part. C'est avec intention que nous ne nous prononçons, vis-à-vis de ces deux derniers

(1) Signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes. *Loc. ci*

(2) Évolution cellulaire et parasitisme dans l'épithélioma. Montpellier, 1892.

(3) Maladie de la peau dite de Paget. *Loc. cit.*

auteurs, qu'avec une certaine réserve sur laquelle nous nous expliquerons plus clairement en temps et lieu.

Assez préoccupé, tout au début de nos recherches, de la difficulté que nous éprouverions sans doute à constater la présence de ces supposés parasites de l'épithéliome et à voir simplement ce qui avait déjà été observé jusqu'ici à leur sujet, nous fûmes, comme d'autres avant nous, frappé de l'aspect étrange de ces corps apparaissant ainsi un peu à l'improviste et de leur peu d'analogie, à première vue du moins, avec ce que nous connaissons en général des transformations soit ascendantes, soit régressives des cellules : aussi l'idée de leur attribuer une origine parasitaire et un rôle plus ou moins spécifique dans les tissus où ils se rencontrent nous parut-elle, sinon suffisamment justifiée pour l'instant, du moins très plausible.

Encore restait-il cependant à nous faire une opinion sur la question la plus délicate, sur le point capital à défaut duquel toute hypothèse sur la nature de ces corps serait sans fondement : nous voulons parler de leur point de départ, de leur développement et, le cas échéant, de leur mode de reproduction.

Nous passerons très rapidement sur quelques particularités bien connues que l'on rencontre, entre autres, dans les cellules de l'épithéliome : cellules qui, par un artifice de la préparation, ont perdu leur noyau (fig. 1, *a*); cellules présentant à l'intérieur de leur masse protoplasmique une sorte de vacuole attribuée depuis longtemps déjà à une dégénérescence muqueuse (fig. 1, *b*); cellules enfin qui sont envahies par des leucocytes (fig, 1. *c*) : ces divers aspects de cellules, plus ou moins normales, ne sauraient en effet faire songer à la présence de parasites ou de leurs attributs kystiques qu'ensuite d'une grossière méprise.

Il en est autrement d'une certaine catégorie de cellules que nous avons constamment rencontrées dans nos préparations et dont le caractère spécial s'observe tout particulièrement bien dans les coupes colorées soit à l'hématoxyline, soit à l'éosine, soit enfin à double par l'emploi successif de ces deux substances. Ces cellules se distinguent par la présence de deux (parfois de plusieurs) noyaux dont l'un est libre, tandis que l'autre se trouve englobé dans une zone concentrique fortement colorée par l'éosine ou l'hématoxyline, se détachant nettement sur le fond plus pâle constitué par le protoplasma cellulaire normal qui l'environne et présentant, au début du moins, un contour simple franchement délimité.

Hâtons-nous d'ajouter, d'une part, que les cellules dont nous voulons parler sont peut-être justiciables d'une description quelque peu différente dans sa forme, sur quoi nous reviendrons tout à l'heure; et d'autre part, que nous ne prétendons nullement avoir découvert quelque chose de nouveau en constatant l'existence desdites cellules.

Virchow, en effet, a déjà signalé, dans l'épithéliome, la présence de cellules dites physaliphores ou cellulles-nids. Plus tard, en 1891, M. Cornil (1), dans son travail sur le « mode de multiplication des noyaux et des cellules dans l'épithéliome », a décrit la formation de ce qu'il a appelé les cellules-filles, prenant naissance, par division indirecte irrégulière du noyau, dans l'intérieur d'une cellule, dite cellule-mère. En comparant nos préparations avec les dessins donnés par M. Cornil, il fut facile de nous convaincre que les figures qui nous avaient frappé n'étaient pas autre chose que des cellules-nids.

« Dans une cellule du genre de celles que nous décrivons, dit entre autres M. Cornil, le noyau de la cellule incluse est toujours d'un âge plus avancé que celui de la cellule enveloppante. Le noyau de la première est à l'état statique ou même déjà atrophié, alors que le noyau de la cellule-mère est encore à l'état de filaments ou d'anses chromatiques. De même plus tard, lorsque le noyau de la cellule incluse est tout à fait dégénéré, atrophié, hyalin, réduit en fragments ou boules colorées, le noyau de la cellule-mère est à l'état statique. »

Tout en reconnaissant, d'une manière générale, la justesse de l'observation qui précède, nous ajouterons cependant que, dans la tumeur examinée par nous, nous avons très fréquemment trouvé les deux noyaux simultanément, tant celui de la cellule-mère que celui de la cellule-fille, à l'état statique, et se présentant sous un aspect absolument identique l'un à l'autre.

Que l'on veuille bien nous permettre de citer encore un passage du travail de M. Cornil.

« La production d'une cellule-fille incluse dans le protoplasma d'une cellule-mère résulte :

« 1° De l'hypertrophie d'une cellule et de l'accroissement de la substance chromatique du noyau ; 2° de la disposition réticulée et de la lobulisation de cette substance ; 3° de l'isolement de l'un des lobules qui se développe isolément en un noyau et s'entoure d'une partie du protoplasma de la cellule-mère ; 4° pendant que la cellule-fille est enkystée dans le protoplasma de la cellule-mère, le reste de la substance chromatique nucléaire qui est très abondante continue son évolution séparée, s'organise en noyaux multiples ou bourgeonnants, ou mûriformes.

« Le noyau et le protoplasma de la cellule-fille s'altèrent et subissent des dégénérescences hyaline ou granuleuse pendant que les noyaux et le protoplasma de la cellule enveloppante sont encore vivants.

« Nous avons tenu essentiellement à décrire en détail et à figurer l'histoire de ce développement des cellules-filles, car si l'on n'était

(1) *Loc. cit.*

pas éclairé sur les diverses phases et les différentes formes de leur évolution ascendante puis régressive, on serait exposé à les prendre pour des parasites, pour des amibes ou des coccidies.

« Au début de l'examen de nos coupes, nous pensions avoir affaire à des productions parasitaires ; mais l'étude des modifications successives de la substance nucléaire, depuis son accroissement jusqu'à la formation des noyaux, nous a facilement convaincu du contraire. »

Nous reconnaissons avec M. Cornil que le noyau de la cellule-mère peut former des noyaux multiples soit par karyomitose, soit par fragmentation, ce que du reste J. Arnold a depuis longtemps démontré. (Comparer à ce propos notre figure 5, *b*, avec la figure 49 par exemple de M. Cornil et la figure 4, *d*, de Virchow : « Endogene Zellenbildung beim Krebs », *loc. cit.* D'autre part, la grande majorité des cellules-mères que nous avons rencontrées dans notre tumeur étaient pourvues d'un noyau unique parvenu à l'état statique (v. fig. 2 *a-g*).

Dans notre description des cellules-nids nous avons considéré ces dernières comme des cellules à deux (ou plusieurs) noyaux, dont l'un (ou les uns) resterait libre, tandis que l'autre (ou deux des autres) s'entourerait d'une zone de protoplasma plus ou moins modifié : nous ajoutions cependant que lesdites cellules étaient peut-être susceptibles de recevoir une interprétation de détail quelque peu différente. M. Cornil, en effet, voyant dans ces figures une cellule enveloppante et une cellule incluse, dit qu'il faut bien se garder de les confondre avec des cellules possédant deux ou plusieurs noyaux. Nous admettons parfaitement qu'il existe une différence entre nos cellules-nids à deux ou plusieurs noyaux et d'autres cellules également à deux ou plusieurs noyaux, mais qui n'ont pas la même destinée et ne subissent pas les mêmes transformations ; d'autre part, nous nous demandons jusqu'à quel point on est autorisé à voir dans ces figures incluses de véritables cellules ? Leur noyau s'entoure-t-il vraiment, à une phase quelconque de son évolution, d'une partie de protoplasma de la cellule-mère, normal et lui appartenant en propre ?

Nous estimons plutôt que le seul fait qui permette de distinguer dès son début la soi-disant cellule incluse et de la différencier de la cellule enveloppante, consiste en une altération de la partie de protoplasma qui semble lui donner corps, mais qui, pas plus à l'état normal qu'à l'état dégénéré, n'a jamais appartenu exclusivement au noyau qu'elle environne, tout en étant, nous le voulons bien, sous la dépendance plus directe de celui-ci. Cette altération se traduit, dans les préparations, soit par une réfringence particulière, soit par une zone claire (v. fig. 39 et 54 de Cornil, *loc. cit.*) séparant le protoplasma cellulaire normal de la figure incluse et provenant d'une rétraction artificielle de la masse qui compose cette dernière et qui présente une

consistance spéciale, soit enfin par une faculté de coloration propre à ce protoplasma dégénéré.

N'est-il pas plus logique dès lors d'admettre que ces figures incluses, lesquelles, nous allons le voir, présentent généralement par la suite une augmentation de volume, sont le résultat d'une dégénérescence particulière du protoplasma cellulaire, dégénérescence qui commence, dans certaines cellules présentant une évolution spéciale de leurs noyaux, autour du plus ancien de ceux-ci et qui gagne de proche en proche, par continuité, le reste de la cellule ?

Nous retrouverons du reste la même dégénérescence dans des cellules à noyau unique, et la verrons débuter en un point quelconque de leur protoplasma.

Nous reproduisons à la figure 2, *b*, de notre planche une cellule type du genre de celles que nous venons de décrire et telle que nous les avons généralement observées au début de leurs transformations régressives : la figure incluse se compose d'un noyau qui a conservé son aspect normal, en tous points semblable au second noyau de la cellule dont il fait toujours partie intégrante, et entouré d'une bande concentrique étroite de protoplasma modifié, colorée en bleu violacé par l'hématoxyline et l'éosine agissant successivement.

Insensiblement cette zone en dégénérescence, tout en subissant une sorte de gonflement de sa masse, gagne en étendue aux dépens du protoplasma de la cellule qu'elle envahit ; puis, par le fait du degré de consistance et de l'état de réfringence particuliers qu'elle acquiert dans la suite, elle montre bientôt une limite ayant l'apparence d'un double contour plus ou moins marqué qui a pu facilement en imposer pour une membrane enveloppante propre (figure 2, *e*).

Pendant ce temps, le noyau emprisonné perd également peu à peu ses attributs normaux ; mais son évolution régressive ne marche pas toujours de pair avec celle du protoplasma qui l'environne. C'est ainsi que, dans certaines cellules (fig. 2, *a*, *c*, *d*), nous trouvons un noyau déjà plus ou moins modifié, alors que la zone de dégénérescence du protoplasma cellulaire n'a pas encore notablement augmenté de volume ; dans d'autres cellules, en revanche (fig. 2, *f*), nous voyons que cette dernière a déjà envahi une bonne partie de la cellule et qu'elle présente un double contour évident, tandis que le noyau qu'elle enveloppe n'est pas encore visiblement altéré.

Lorsque, enfin, par la marche progressive de ce processus de dégénérescence, le noyau de la cellule resté libre a été refoulé à la périphérie de celle-ci et que le noyau de la figure incluse a perdu ses traits distinctifs, tout en conservant un contour assez net (fig. 2, *g*), nous obtenons une figure d'ensemble reproduisant identiquement celle attribuée à l'invasion d'une cellule par une coccidie (fig. 4, *a* et *b*).

Nous reviendrons encore sur la partie micro-chimique intéressant

cette évolution cellulaire régressive particulière et nous nous bornerons à mentionner ici, en passant, la façon dont se comporte ce protoplasma modifié vis-à-vis de deux matières colorantes usuelles, l'éosine et l'hématoxyline. Cette dernière offre la propriété de colorer fortement en bleu foncé la zone en dégénérescence, à son début ; l'éosine la colore également, quoique moins vigoureusement, en rose légèrement plus intense que le protoplasma cellulaire normal environnant. Plus l'altération intime de cette zone en dégénérescence s'accentue, plus l'affinité de cette dernière pour l'hématoxyline va en diminuant et plus, en revanche, elle augmente vis-à-vis de l'éosine.

Sur les coupes traitées par double coloration, la figure incluse présente au début une couleur bleu violacé (fig. 2, *a*, *b*) ; à un degré plus avancé, on observe souvent, à côté du noyau, une sorte de gouttelette amorphe, tranchant, par sa couleur rose, sur un fond uniformément teinté en bleu (fig. 2, *f*) ; plus fréquemment encore, c'est le centre de la figure incluse, y compris son noyau, qui se colore en rose vif par l'éosine et, probablement sous l'action de l'alcool absolu, subit une forte rétraction d'où résulte un espace clair entre cette portion de la zone dégénérée la plus profondément modifiée et la partie environnante qui l'est moins et qui reste faiblement colorée par l'hématoxyline (fig. 3, *a*). Lorsque la figure incluse a atteint son point ultime d'altération, elle se rétracte parfois en entier sous l'action des réactifs et l'espace clair apparaît alors entre le pourtour de cette masse ratatinée rose et le protoplasma cellulaire normal (fig. 3, *b*). Cette propriété remarquable du protoplasma en dégénérescence de se colorer d'une façon intense, au début par l'hématoxyline et plus tard par l'éosine, nous autorise à supposer qu'il ne passe pas d'emblée à sa période d'état définitive.

C'est également à une tendance à la rétraction sous l'influence des réactifs, rétraction inégale et modérée au début, qu'il faut attribuer l'aspect strié que présentent, à un moment donné et dans certaines préparations, quelques-unes de ces figures incluses. Ces dernières subissent comme une sorte de plissement de leur masse, les stries sombres correspondant toujours aux points où la zone dégénérée adhère encore par son pourtour au protoplasma normal et résiste à ce mouvement de retrait.

Dans les interstices intracellulaires dont nous venons de parler, on constate fréquemment, ainsi que l'a déjà fort bien observé M. Cornil, l'existence de cellules migratrices qui ont facilement pu pénétrer dans ces cellules dégénérées et dont la présence se décèle aisément, grâce à l'artifice de préparation décrit ci-dessus (fig. 3, *a* et *b*).

Nous reproduisons encore dans notre planche (fig. 5, *a*-*e*), quelques variétés de cellules dégénérées à deux ou plusieurs noyaux : deux de ces cellules (fig. 5, *a* et *b*) rappellent de très près les figures 39

et 49 de M. Cornil. Dans notre figure 5, *c*, en revanche, nous voyons une cellule dont les deux noyaux sont englobés dans une zone en dégénérescence unique; à la figure 5, *e*, nous trouvons une autre cellule dont chacun des deux noyaux devait, sans aucun doute, être entouré d'une zone dégénérée à part : l'une de ces figures incluses fait défaut, par suite d'un accident de la préparation, mais la place qu'elle devait occuper est encore manifestement reconnaissable à une vacuole présentant à sa périphérie un reste de protoplasma altéré identique à celui de la figure incluse voisine. L'un et l'autre de ces derniers spécimens de cellules parlent contre l'idée d'admettre la formation d'une cellule-fille précédant la dégénérescence, puisque dans ces deux cas la cellule dite mère n'aurait plus de noyau.

Nous n'aurons pas à nous étendre longuement sur la dégénérescence, mentionnée plus haut, des cellules à noyau unique : elle présente, entre autres, les mêmes propriétés de coloration que nous avons rencontrées jusqu'ici dans la dégénérescence des cellules à deux ou plusieurs noyaux et peut débuter, ainsi que nous l'avons déjà signalé, en un point quelconque du protoplasma cellulaire.

Nous donnons le dessin à la figure 6, *a*, de notre planche, d'un globe épidermique à son début, dont le centre est formé par une de ces cellules en voie de dégénérescence et pourvue d'un noyau unique. La zone de protoplasma modifié, de forme exactement sphérique et fortement colorée par l'hématoxyline, se trouve à côté du noyau qu'elle refoule à la périphérie de la cellule.

Les cellules représentées à la figure 6, *b* et *c*, ont été également observées sur des coupes colorées à double par l'hématoxyline et l'éosine : la partie altérée du protoplasma cellulaire, parvenue à un degré avancé de dégénérescence, montre une plus grande affinité pour l'éosine et présente une limite à double contour plus ou moins distinct : ici encore la dégénérescence a débuté à côté du noyau. Telles sont probablement les formes d'inclusions cellulaires qui ont été prises et décrites comme des parasites sans noyau apparent.

Du reste on rencontre aussi, quoique beaucoup plus rarement, des cellules à un seul noyau présentant, comme celles à noyaux multiples, une zone de dégénérescence périnucléaire. (Voir fig. 6, *d*.)

Outre ces deux types d'altération cellulaire dans lesquels la dégénérescence se montre dès le commencement sous une forme bien nettement circonscrite, on trouve enfin un certain nombre de cellules dont le protoplasma présente une altération partielle ou totale débutant et progressant d'une manière diffuse; elles se colorent également en bleu violacé dans les coupes traitées par l'hématoxyline et l'éosine; à un degré plus avancé de transformation, leur affinité pour l'éosine l'emporte.

La description que nous venons de donner de ces divers aspects de

cellules concorde assez exactement avec les types I, II et IV établis par Unna (1) dans une récente publication sur la dégénérescence hyaline dans l'épithéliome. Quant aux 6 autres types de dégénérescence donnés par cet auteur, nous ne saurions véritablement y voir que des variétés plus ou moins accidentelles ou artificielles des précédents. (Comparer nos figure 6, *d*, figure 2, *b*, *f*, et figure 3, *a*, *b*, avec les figures c^2, c^4, *d*, h^2, i^2, et *s*. Pl. II de Unna.)

Ceci nous amène à dire maintenant quelques mots sur la nature micro-chimique des altérations cellulaires dont nous n'avons présenté jusqu'ici que les caractères morphologiques.

Il est nécessaire, à ce propos, de tenir compte avant tout de la spécificité cellulaire dans l'épithéliome, point sur lequel MM. Duplay et Cazin (2) ont, à juste titre, déjà insisté ; parlant des cancers colloïdes, ces observateurs disent entre autres :

« Dans les cas de ce genre, on est pleinement autorisé à considérer l'état colloïde, non pas comme le résultat d'une mortification dégénérative des tissus néoplasiques, mais comme le résultat de l'évolution en quelque sorte physiologique des éléments issus d'une surface qui renferme normalement des cellules à mucus, et emportant avec eux, dans leur envahissement par générations successives, la faculté originelle de produire du mucus, de même que, dans les épithéliomas d'origine cutanée, les cellules emportent avec elles la propriété de produire de la matière cornée, qui se retrouve dans les globes épidermiques. »

La matière cornée, résultant de cette « évolution en quelque sorte physiologique » des éléments épithéliaux issus du tégument externe, n'est cependant pas l'unique produit de l'altération cellulaire observée dans l'épithéliome : nous assistons également, dans ce genre de tumeurs, à une véritable mortification dégénérative des tissus néoplasiques aboutissant à la production de substance hyaline. C'est cette dernière que nous avons vue se colorer en rose vif par l'éosine en particulier, dans les inclusions cellulaires ainsi que dans les cellules à dégénérescence diffuse, mais à la fin seulement de leur évolution. En effet, l'apparition de la substance hyaline est précédée d'une période de début durant laquelle la partie du protoplasma cellulaire en voie de transformation se distingue d'une part du protoplasma normal environnant et d'autre part de la substance hyaline définitive par une affinité remarquable pour l'hématoxyline, affinité qui persiste et devient particulièrement frappante dans les préparations traitées après coup par l'éosine. Nous pensons que ce premier degré de dégénérescence est représenté par une substance, sinon identique à

(1) *Loc. cit.*
(2) V. *Semaine médicale*, août 1893, p. 404.

la kératohyaline, du moins très voisine de celle-ci; ladite substance ne se présente pas sous l'aspect granuleux propre à cette dernière : elle paraît être dissoute et infiltrée dans le stroma cellulaire auquel elle procure une coloration diffuse. Buzzi (1) a signalé la présence, à côté de la kératohyaline, dans la couche granuleuse de l'épiderme, d'une substance présentant des caractères analogues et colorable entre autres par l'orcéine.

L'origine de la kératohyaline ainsi que son rôle dans le processus de kératinisation sont encore discutés et discutables; quoi qu'il en soit, il paraît certain que ce processus est accompagné, à l'état physiologique, de la production de kératohyaline. Nous avons également retrouvé cette substance, parfaitement caractérisée, sous sa forme granuleuse, dans les cellules de l'épithéliome en voie de métamorphose cornée à la périphérie des globes épidermiques en formation.

D'après Waldeyer, la kératohyaline qui se montre dans la couche granuleuse de l'épiderme, se dissoudrait à nouveau pour réapparaître dans la membrane basale de la couche cornée sous forme de kérato-hyaline B ou éléidine : de cette nouvelle combinaison avec le proto-plasma cellulaire résulterait la production de matière cornée.

C'est peut-être à un procédé analogue, qu'est due la production de substance hyaline proprement dite dans certaines cellules de l'épithéliome soumises à des conditions de nutrition particulièrement défavorables et vouées de ce fait à une véritable dégénérescence : dans ce cas, la kératohyaline, contenue à l'état latent dans les cellules en raison de leur destination physiologique originelle, donnerait naissance non plus à l'éléidine, mais à une substance plus ou moins fluide et déjà pathologique bien que présentant encore quelques réactions rappelant son origine : celle-ci serait à la substance hyaline ce qu'est l'éléidine à la matière cornée. Il est exact que l'état qui précède immédiatement la transformation hyaline définitive est parfois caractérisé par une période de courte durée durant laquelle le proto-plasma dégénéré se montre plus ou moins réfractaire à toute substance colorante : c'est là un fait qui a été avancé à tort en faveur de la nature parasitaire des figures en question. Disons à ce propos que nous avons fait usage, dans nos recherches, de substances colorantes variées : fuchsine, orcéine, tropaeoline, nigrosine, etc. Ces divers procédés de coloration nous ont toujours amené à des résultats conformes à ceux obtenus par la méthode que nous préconisons, à savoir la double coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.

Les globes épidermiques de l'épithéliome ont généralement pour

(1) Buzzi : Keratohyalin und Eleidin. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd VIII, n° 1, 1889.

centre et pour point de départ une de ces cellules présentant l'un des trois types de métamorphose régressive que nous connaissons et qui a pour résultat la production soit de matière cornée, soit de substance hyaline. Cette cellule, ensuite de l'augmentation de volume qui accompagne le début de son évolution, exerce une pression sur les cellules voisines qui d'abord s'aplatissent et s'imbriquent autour de la cellule centrale pour subir ensuite à leur tour une transformation ; cette dernière ne comporte pas nécessairement, ainsi que nous l'avons vu, la production de substance hyaline dans les cellules : celles d'entre elles, en particulier, qui se trouvent à la périphérie de globes épidermiques ayant déjà atteint une certaine dimension, passent en général simplement à l'état de lamelles cornées ; néanmoins, parmi ces cellules également qui viennent compléter la formation d'une de ces perles épithéliales, il s'en trouve un certain nombre dont tout ou partie du protoplasma est devenu hyalin, suivant l'un des modes que nous avons étudiés et chez lesquelles, seul le reste encore indemne du corps cellulaire se transforme en kératine.

Dans les métamorphoses cellulaires dont nous nous sommes occupé jusqu'ici, l'altération des noyaux semble toujours n'être que secondaire. Mais nous trouvons également dans l'épithéliome une autre forme de dégénérescence dans laquelle cette altération du noyau paraît être le symptôme primaire ou du moins prédominant. Le noyau augmente de volume, devient manifestement hydropique et parfois bourgeonnant, ainsi que l'a déjà signalé M. Cornil. Puis il subit une véritable désagrégation et les fragments de nucléine qui en résultent s'étalent toujours davantage. Cette forme de dégénérescence s'observe aussi bien dans les cellules à un seul noyau que dans celles à noyaux multiples et donne lieu, au début, à des figures kystiques, présentant l'apparence d'une enveloppe à double contour, lesquelles, nous le supposons, ont été prises par quelques observateurs pour des kystes sporifères (v. fig. 7, *a*, *b*, *c*, *d*).

Jamais toutefois nous n'avons pu constater dans leur contenu autre chose que des fragments de nucléine, des détritus de protoplasma cellulaire et des cellules migratrices plus ou moins altérées.

Nous ne saurions dire avec certitude quel est, par la suite, le rôle du protoplasma de la cellule intéressée : s'il prend une part active à cette désagrégation, s'il se liquéfie ou s'il subit une simple atrophie ?

Quoi qu'il en soit, le kyste, devenant alors le siège d'une invasion de leucocytes, continue à augmenter de volume et finit par envahir la cellule tout entière (fig. 7, *e*). Il arrive souvent que deux ou plusieurs cellules voisines subissent cette dégénérescence et confluent en mélangeant leur contenu, donnant ainsi naissance à des pseudo-kystes intercellulaires de formes et de dimensions très variables ; ceux-ci se rencontrent en général à proximité immédiate des cellules à dégéné-

rescence hyaline ou cornée formant le centre d'un globe épidermique et paraissent même parfois servir à eux seuls de point de départ à l'un de ces derniers, ainsi que le montre notre figure 7, *f*.

Il existe encore, dans l'épithéliome, d'autres figures kystiques que l'on ne saurait du reste confondre avec les précédentes, et que nous ne signalons que pour en confirmer l'existence ; elles se rencontrent toujours dans le tissu conjonctif interlobulaire de la tumeur : leur contenu se compose d'un fin réticulum fibrineux dans les mailles duquel sont emprisonnés des globules rouges du sang parfaitement reconnaissables et quelques leucocytes. Ces pseudo-kystes, « globes réticulés », doivent sans aucun doute leur origine à de petites hémorrhagies intraparenchymateuses (fig. 8).

Après ce que nous venons de voir, la question suivante se présente tout naturellement à l'esprit : s'il est exact que les figures incluses que nous nous sommes appliqué à décrire et à reproduire minutieusement, dans le stade de leur évolution en particulier où elles ont pu être considérées comme étant des coccidies (fig. 4, *a*, *b*), s'il est vrai, disons-nous, que ces figures ne sont que le résultat d'une forme spéciale de dégénérescence des cellules épithéliales, nous devrions les retrouver telles dans d'autres tissus de même origine présentant des conditions de nutrition analogues et cela tant à l'état pathologique qu'à l'état physiologique normal.

Des recherches dans ce sens ont déjà été entreprises par M. Pilliet qui a trouvé, en effet, chez le fœtus, dans le thymus et dans le sac préputial, « une série de figures de cellules en dégénérescence rappelant de très près celles qu'on rencontre dans les cancroïdes et qu'on a assimilées aux coccidies ».

Toutefois, la description de ces figures qu'en a donnée cet observateur ne concordant pas d'une façon absolument rigoureuse avec les deux types d'inclusions cellulaires, dont nous avons démontré le mode de développement dans l'épithéliome, nous avons tenu à contrôler ces observations.

Dans ce but, nous avons choisi, de préférence au thymus, le sac préputial de fœtus mort-nés, cela en raison du degré plus intime de parenté existant entre le tissu de cet organe qui donne naissance aux globes épidermiques et celui dont provient l'épithéliome.

Or, dans le sac préputial du fœtus, « sans intervention possible de parasites », comme le dit M. Pilliet, nous avons retrouvé exactement les mêmes figures que dans les cellules à un ou plusieurs noyaux de l'épithéliome.

Il suffira, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur nos figures 9, *a*, *b*, *c*, *d*, tirées du gland et de les comparer aux figures 2, *f*, *g*, et figures 6, *b*, *c*, *d*, décrites plus haut.

La figure 9, *a*, nous montre une cellule à deux noyaux dont l'un est

enveloppé d'une zone en voie de dégénérescence, tandis que l'autre, demeuré libre, est refoulé à la périphérie de la cellule.

A la figure 9, *b*, nous voyons que la dégénérescence a débuté, dans une cellule à un seul noyau, à côté de ce dernier.

Enfin, à la figure 9, *c*, nous trouvons également une cellule à noyau unique dans laquelle la zone dégénérée entoure celui-ci : la figure 9, *d*, nous représente le même type à son début.

La présence de globes épidermiques à centre hyalin dans le sac préputial du fœtus a déjà été signalée en 1875 par F. Wilh. Zahn, dans un travail intitulé : *Ueber Praeputialsteine* (1) ; on les trouve également dans le clitoris du fœtus.

En raison du manque des matériaux nécessaires à l'étude de la question dans la psorospermose folliculaire végétante et dans la maladie de Paget, il ne nous est pas permis de réfuter d'une façon directe et positive les assertions de Darier et de Wickham concernant ces deux maladies.

D'autre part, en raison de l'extrême analogie des figures décrites par ces auteurs dans les affections ci-dessus et considérées par eux comme étant des coccidies, avec les cellules dégénérées de l'épithéliome déjà observées par Borrel et dont nous avons cherché à suivre l'évolution, nous pensons avec ce dernier que toutes ces figures sont justiciables de la même interprétation.

Dans ces tissus morbides, auxquels nous ajouterons encore le « molluscum contagiosum » de Bateman, de même que dans le processus physiologique de clivage balano préputial chez le fœtus, nous nous trouvons en présence de cellules épithéliales de même origine et soumises à des conditions de nutrition identiques ; si donc, dans deux variétés d'affections ou de processus similaires, nous rencontrons des figures particulières très caractéristiques qui sont manifestement le résultat d'une dégénérescence cellulaire, il nous paraît difficile d'admettre que des figures en tous points semblables puissent avoir, dans trois autres variétés d'affections présentant le même caractère histologique, une signification et une origine toutes différentes.

Ajoutons que, en désaccord sur ce dernier point seulement avec Borrel, nous n'avons jamais rencontré, dans l'épithéliome vrai, d'autres figures que celles que nous avons décrites, pouvant être assimilées à des parasites quelconques.

En revanche, dans le carcinome glandulaire du sein, nous croyons avoir retrouvé les formations intracellulaires qui, selon cet auteur, « pourraient être considérées comme étant de nature parasitaire », et qui présentent une extrême analogie avec quelques-unes des formes décrites depuis par Foa comme étant effectivement des parasites.

(1) *Virchow's Arch.* Bd LXII, Heft 4.

Une discussion serrée sur la nature de ces nouvelles figures dans le carcinome glandulaire du sein nous entraînerait au delà des limites que nous nous sommes tracées pour ce travail spécial.

Nous nous bornerons donc à avouer que rien, ni dans l'observation directe de ces inclusions cellulaires, ni dans la description qu'en ont donnée les deux observateurs ci-dessus, ne saurait nous engager à voir en elles autre chose qu'une forme particulière de dégénérescence cellulaire également.

Toujours en raison du principe de leur spécificité originelle, les cellules du carcinome glandulaire en particulier conservent la propriété plus ou moins développée en elles de produire de la substance muqueuse.

C'est à cette dégénérescence muqueuse, observée et décrite depuis longtemps déjà dans les cellules de certains carcinomes, que nous attribuons les divers aspects cellulaires représentés dans nos figures 10, *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*.

Ces pseudo-parasites présentent une forme nettement vésiculeuse et des dimensions très variables.

De même que la dégénérescence hyaline dans l'épithéliome, la dégénérescence muqueuse peut débuter ici soit autour du noyau, soit en un ou plusieurs points quelconques du protoplasma cellulaire. Dans le premier cas, c'est donc un des noyaux cellulaires plus ou moins dégénéré ou atrophié qui constitue le corpuscule central (fig. 10, *a*, *b*, *c*, *d*). Dans le second cas, les vésicules muqueuses parfois nombreuses dans une même cellule sont souvent beaucoup plus petites qu'un noyau cellulaire ordinaire : elles peuvent ne pas renfermer de corpuscule central comme aussi en contenir un ou plusieurs représentés par un reste souvent morcelé ou granuleux de protoplasma cellulaire en dégénérescence (fig. 10, *e*, *f*, *g*, *h*).

En résumé, de notre étude sur l'épithéliome spécialement, nous arrivons donc à la conclusion suivante :

Les figures observées dans l'épithéliome et décrites comme étant des coccidies existent incontestablement, mais elles ne sont autre chose que le résultat d'une dégénérescence typique des cellules épithéliales.

Nous nous basons pour l'affirmer :

1° *Sur le fait que nous ne trouvons dans l'épithéliome ni spores, ni kystes sporifères, ni aucune autre espèce de figures assimilables à des parasites quelconques ;*

2° *Sur le fait que nous avons pu observer tous les stades de l'évolution régressive de la cellule depuis son début, alors que le noyau de la figure incluse est encore parfaitement identique à celui de la cellule enveloppante ou des cellules voisines, jusqu'à la période où l'analogie avec une coccidie devient la plus frappante ;*

3° *Sur la façon dont se comporte le protoplasma dégénéré vis-à-vis de certaines matières colorantes, soit au début, soit à la fin de ses métamorphoses ;*

4° *Sur le fait que nous retrouvons identiquement les mêmes figures dans un tissu à l'état physiologique où toute intervention de nature parasitaire doit être exclue, à savoir dans la rainure balano-préputiale du fœtus.*

Ajoutons enfin, pour terminer, que si, d'une part, nos conclusions relatives au développement de l'épithéliome sous l'influence d'un parasite *spécifique* sont négatives, d'autre part nous ne sommes point opposé à admettre que, dans certains cas, le cancer puisse avoir pour cause *déterminante* un micro-organisme, aussi bien qu'un agent mécanique ou chimique.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

FIG. 1. — Quelques aspects ordinaires de cellules dans l'épithéliome.

a, cellule dont le noyau est tombé. — *b,* cellule avec vacuole muqueuse. — *c,* deux cellules envahies par des cellules migratrices.

FIG. 2. — Divers stades de la dégénérescence hyaline dans des cellules à deux noyaux.

a, la zone de dégénérescence est encore étroite, mais le noyau déjà légèrement altéré (hématoxyline et éosine). — *b,* zone de dégénérescence plus étendue, noyau normal (hématoxyline et éosine). — *c* et *d,* le noyau de la figure incluse est déjà profondément modifié (picro-carmin). — *e,* la zone de dégénérescence présente un double contour très distinct (éosine). — *f,* à côté du noyau de la figure incluse se trouve une gouttelette de substance hyaline colorée en rose (hématoxyline et éosine). — *g,* dégénérescence hyaline centrale englobant le noyau de la figure incluse.

FIG. 3. — Cellules présentant une dégénérescence hyaline avancée.

a, le centre de la figure incluse devenu hyalin s'est rétracté, donnant ainsi naissance à une zone claire dans laquelle se trouvent deux cellules migratrices (hématoxyline et éosine). — *b,* la figure incluse s'est rétractée en entier : au centre de la masse hyaline rose on distingue encore les contours du noyau ; dans la zone claire, deux leucocytes (coloration idem).

FIG. 4. — Cellules à deux noyaux parvenues à un stade de la dégénérescence hyaline simulant des coccidies parfaites.

a, la figure incluse présente de fines stries radiées et un noyau bien coloré, mais déjà modifié. — *b,* le protoplasma de la figure incluse est granuleux, son noyau entièrement hyalin.

FIG. 5. — Variétés de cellules à deux ou plusieurs noyaux en dégénérescence hyaline.

a, le noyau de la figure incluse présente un aspect mûriforme (éosine). — *b,* cellule à noyaux multiples dont un seulement est enveloppé d'une zone en dégénérescence. — *c,* les deux noyaux de la cellule sont englobés dans une zone en dégénérescence unique. — *d,* la zone en dégénérescence, dans une cellule à plusieurs noyaux, présente une gouttelette hyaline rose (hématoxyline et éosine.) —

e, cellule dont les deux noyaux étaient entourés chacun d'une zone dégénérée à part : l'une de ces figures incluses est tombée par un accident de la préparation.

FIG. 6. — Cellules à un noyau en voie de dégénérescence hyaline.

a, globe épidermique en formation ; le centre est constitué par une cellule au début de sa dégénérescence : cette dernière a commencé dans le corps cellulaire à côté du noyau (hématoxyline et éosine) ; la partie de la cellule centrale figurée en noir sur la planche devrait être colorée en bleu foncé. — *b* et *c*, les zones en dégénérescence, à un degré plus avancé, sont colorées par l'éosine et présentent une limite à double contour plus ou moins distinct (hématoxyline et éosine). — *d*, cellule à un noyau enveloppé d'une zone en voie de dégénérescence (hématoxyline et éosine).

FIG. 7. — Dégénérescence des noyaux cellulaires.

a, noyau hydropique. — *b*, noyau mûriforme et hydropique. — *c*, cellule à deux noyaux dont l'un est en voie de désagrégation et de transformation kystique. — *d*, cellule analogue à la précédente à un stade plus avancé de dégénérescence. — *e*, la dégénérescence kystique a envahi toute la cellule. — *f*, kyste de grande dimension formé par la fusion de plusieurs cellules : il constitue le centre d'un globe épidermique en voie de formation et renferme des fragments de nucléine, des détritus de protoplasma cellulaire et des cellules migratrices plus ou moins altérées.

FIG. 8. — Globe réticulé : figure kystique provenant d'une hémorrhagie intraparenchymateuse : son contenu est composé d'un fin réticulum fibrineux, de globules rouges du sang et de quelques leucocytes.

FIG. 9. — Cellules en dégénérescence hyaline observées au niveau de la rainure balano-préputiale du fœtus.

a, cellule à deux noyaux dont l'un est entouré d'une zone en voie de dégénérescence présentant un double contour très distinct ; diamètre de la figure incluse : $0^{mm},016$. — *b*, cellule à un seul noyau dans laquelle la dégénérescence a débuté à côté de ce dernier ; diamètre de la figure incluse : $0^{mm},020$. — *c*, cellule à un seul noyau dans laquelle la dégénérescence a débuté autour de ce dernier : la figure incluse mesure $0^{mm},020$ de diamètre et présente à côté du noyau une gouttelette de substance hyaline bien caractérisée. — *d*, cellule analogue à la précédente, au début de la dégénérescence.

FIG. 10. — Cellules d'un cancer du sein en voie de dégénérescence muqueuse.

a, cellule à deux noyaux dont l'un est englobé dans une vésicule muqueuse. — *b*, cellule analogue à la précédente : la vésicule offre un double contour très net. — *c*, cellule à un seul noyau englobé dans une vésicule muqueuse. — *d*, cellule analogue à la précédente : noyau hydropique. — *e*, *f*, *g*, *h*, cellules à un seul noyau chez lesquelles la dégénérescence se présente sous forme d'une ou de plusieurs vésicules ayant pris naissance dans l'intérieur du corps cellulaire, à côté du noyau ; ces vésicules peuvent contenir un ou plusieurs corpuscules provenant d'un reste de protoplasma cellulaire altéré, morcelé ou granuleux : souvent elles paraissent ne renfermer qu'une masse plus ou moins liquide.

SUR

UN NOUVEAU CAS D'ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITAL

Par le Dr **Moncorvo,**
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Dans un mémoire publié en 1886, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* au sujet de l'éléphantiasis chez les enfants, je m'efforçai de démontrer que, contrairement à ce qu'admettait la presque totalité des observateurs, d'après lesquels la maladie en question serait même inconnue chez les jeunes sujets, on la rencontrait cependant, à cette époque de la vie, dans une proportion beaucoup supérieure à toute attente. C'est ainsi que j'avais été jusqu'alors à même de recueillir 54 cas de cette nature chez des enfants, soit une proportion de 30 p. 100 sur le total des faits observés, lesquels, groupés en bloc, appartenant aux divers autres auteurs fournissent une moyenne de 18 p. 100 de cas d'éléphantiasis chez des enfants. Deux ans après, dans une leçon parue également dans cette Revue, sur ce même sujet, j'ai relaté les observations détaillées de 2 cas fort intéressants d'éléphantiasis développés au cours de la vie fœtale, l'un chez un garçon de race mixte, âgé de 7 mois, siégeant au tronc et à la totalité du membre thoracique droit, l'autre chez une fillette issue de parents italiens, née cependant à Rio, dont la maladie occupait les deux extrémités inférieures, en y revêtant la forme fibreuse, tandis que chez les précédents, la production morbide présentait une forme mixte, kystique et fibreuse. Je fis remarquer alors que Virchow, qui avait considéré comme étant de nature éléphantiaque quelques cas de tumeurs congénitales publiés, de 1781 à 1860, par Ed. Sandiford, Veit, Schuh, Freidberg, Lotzbech et Ward, avait lui-même rencontré quelques exemples d'éléphantiasis congénital à forme molle, soit circonscrit, soit encore généralisé à toute l'étendue du corps, ainsi qu'il est commun d'observer chez les monstres acéphales et anidiens. Chez les petits sujets survivants, il avait retrouvé le processus morbide circonscrit à une partie du corps. D'après l'observation de l'éminent professeur berlinois et un examen nécroscopique de Bussey, de Washington, en 1878, la dilatation et l'oblitération des vaisseaux lymphatiques pendant la vie fœtale serait l'origine de la néoformation éléphantiaque. Ces faits bien constitués vinrent de la sorte démontrer que la production morbide en question, en outre qu'elle peut souvent affecter les jeunes sujets, débute parfois même au cours de la vie intra-utérine.

Cette dernière notion acquise ne tarda guère à être mise en

évidence par d'autres exemples du même genre publiés par Kuerg et Waitz, en 1889, Maure, Home et Lindfors, en 1890, par Jordan, Spictschka et Coley, en 1891, de même que par trois autres dont je m'occupai encore dans un même mémoire que je fis paraître, l'année dernière, dans les *Annales*, ayant pour titre : *Sur l'éléphantiasis congénital* (1). Le premier de mes trois derniers faits se rapportait à un garçon de race blanche, issu de parents étrangers (italien et espagnole), tandis que les deux autres, métis, provenaient de parents brésiliens. La malformation congénitale occupait chez le premier, un garçon, les deux membres inférieurs ; chez le second, aussi un garçon, elle affectait la jambe gauche ; enfin, chez le troisième, une fillette, elle siégeait à l'espace interscapulaire ainsi qu'à la totalité du membre thoracique et une partie de l'autre. Le mal revêtait chez l'un la forme sclérotique ; chez les deux autres, une forme mixte, molle et fibreuse, avec la coïncidence, dans un cas, de taches de nævus vasculaire à la surface du membre atteint. A part la difformité due à la malformation congénitale, ces enfants qui étaient nés à terme, se portaient plus ou moins bien.

Je n'ai d'autre but à présent que de relater un nouveau fait de ce genre qui mérite, je le pense, d'attirer autant que les précédents, l'attention des pædiâtres.

Il s'agit là d'une petite négresse, âgée de trois mois, entrée le 23 octobre 1893, dans le service de mon distingué confrère et ami, M. le Dr E. da Cunha, à l'hôpital de la Charité de la ville de Valença à l'État de Rio de Janeiro. M'y trouvant alors, ce confrère a bien voulu m'inviter à l'examiner et me demander mon avis à son égard. Ce sont donc les notes que je pris à cette occasion que je vais reproduire ici.

La mère de cette fillette, une négresse de 29 ans, née à la ville du Ceara, au nord du Brésil, habitait depuis dix-sept ans celle de Valença où elle eut avant celle-ci cinq autres enfants tous vivant, dont l'un aurait présenté, me dit-elle, plusieurs efflorescences cutanées. Elle ne sut cependant me fournir le moindre renseignement sur les antécédents familiaux ou personnels du père de ses enfants, ignorant même ce qui concernait ses propres antécédents pour avoir quitté encore très jeune ses parents.

Elle aurait joui d'ordinaire d'une santé régulière, c'est à peine si au cours du troisième au quatrième mois de sa dernière grossesse elle aurait subi à plusieurs reprises des poussées lymphangitiques siégeant au membre abdominal droit, accompagnées de frissons et de réaction fébrile, mais ne laissant après elles qu'un œdème de courte durée. En l'interrogeant sur la marche de cette grossesse, j'appris qu'au cours du troisième mois de celle-ci, elle aurait été victime de deux accidents à très peu de temps d'intervalle. Ce fut d'abord une chute sur le ventre en glissant au

(1) MONCORVO. Sur l'éléphantiasis congénital. *Ann. de derm. et de syph.*, Paris, 1893, 3e série, t. IV, p. 233 et suiv.

moment où elle levait une cuvette en fer-blanc pleine de linge mouillé pour la placer sur sa tête. Elle aurait éprouvé en conséquence de vives douleurs au bas-ventre, ayant été obligée de s'aliter pendant quelques jours. Elle venait à peine de s'en remettre lorsqu'elle fut soudainement frappée d'un violent coup sur la région lombo-fessière par un gros morceau de bois tombé de la hauteur de près de 2 mètres. Il lui survint par suite des nouvelles tranchées utérines qui la ramenèrent au lit. Quoique ces manifestations douloureuses n'eussent pas eu de suites immédiates, toujours est-il qu'elle accouchait au bout du septième mois, cet accouchement prématuré ne s'étant nullement accompagné du moindre accident fâcheux ni du côté de la mère ni de celui de l'enfant. Celle-ci portait cependant à sa naissance plusieurs tours du cordon ombilical au cou et aux membres inférieurs. L'attention des personnes de leur entourage fut de suite attirée du côté de son extrémité inférieure droite dont la forme et les proportions anormales rappelaient bien celles de la patte d'un petit éléphant. D'autre part trois doigts de sa main gauche, l'indicateur, le médius et l'annulaire, se trouvaient soudés entre eux, de même qu'un vice congénital pareil était également constaté aux trois orteils centraux du pied gauche. L'enfant, nourrie au sein par sa mère, était régulièrement développée et pesait 5 kil. 500. Sa peau, d'un noir foncé, était lisse et ne portait pas la moindre trace d'efflorescences. Sa tête était pourtant dépourvue de cheveux au niveau de la région fronto-temporale. Ses ganglions sous-occipitaux, cervicaux et inguinaux se montraient hypertrophiés. Elle avait de plus un écoulement nasal datant, d'après sa mère, d'une vingtaine de jours environ. Aussi son crâne, quelque peu aplati transversalement était un peu allongé dans le sens antéro-postérieur, la bosse frontale gauche étant d'ailleurs plus bombée que sa congénère. L'ogive palatine était excavée, de même que les diaphyses tibiales étaient courbées. Mais, au premier coup d'œil, on était fort frappé des dimensions exagérées de son extrémité inférieure droite dont les proportions s'agrandissaient progressivement au dire de la mère. Elle n'était à vrai dire constituée que par une grosse tumeur divisée en deux parties inégales par un sillon transversal situé au niveau de la ligne tarso-métatarsienne et limité en haut par un autre sillon circulaire profondément creusé au-dessus des malléoles jusqu'au périoste. Le segment postérieur de cette grosse masse, beaucoup moins développé que l'autre, comprenant dans son épaisseur les malléoles ainsi que les os du tarse, mesurait 21 centim. à sa plus grande circonférence. Sa surface, notamment à sa partie dorsale, était à peu près lisse, la peau y étant adhérente au tissu sous-jacent lequel offrait au toucher une sensation de mollesse élastique contrastant çà et là avec la dureté des noyaux fibreux épars dans son épaisseur.

Le segment antérieur de la tumeur avait à peu près la forme d'un hémisphère dont la face convexe correspondait au dos du pied et la face plane à la plante. Sa circonférence, prise perpendiculairement à l'axe du pied, mesurait 30 centim., et celle contournant son bord mesurait 28 centim. A sa face convexe, la peau, d'une teinte noire foncée uniforme, luisante et tendue, était fort adhérente aux parties sous-jacentes, mais elle n'offrait d'autre part la moindre altération de sa température. La sensibilité y

paraissait pourtant assez émoussée. Par la palpation on y percevait la consistance d'un œdème dur laissant pénétrer difficilement le doigt. A la face plantaire on constatait d'avant en arrière une sorte de bourrelet pourvu d'une peau lisse provenant du débordement du tissu morbide, ensuite une série transversale de petites éminences mamelonnées, formées par la pulpe des extrémités des orteils cachés presque totalement dans la masse morbide ; parallèlement à celle-là un pli profond sillonnant transversalement cette face et limitant en avant un gros bourrelet de consistance plus molle circonscrit en arrière par la partie plantaire du sillon circulaire qui séparait les deux segments de la tumeur. La peau qui revêtait cette face, plus ridée et d'une teinte moins foncée, était, elle aussi,



fort adhérente au tissu sous-jacent. La sensibilité, de même que les réflexes cutanés, y semblaient assez émoussés.

Les muscles de la jambe droite n'étaient nullement atrophiés et répondaient normalement aux excitations électriques ; aussi l'enfant pouvait bien exécuter, non sans peine, quelques mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, cela pourtant d'une façon beaucoup plus limitée qu'avec l'autre membre sain. Les trois doigts de la main gauche soudés entre eux étaient dépourvus de leurs ongles, en même temps que les phalangettes de l'indicateur et de l'annulaire se touchaient à leurs extrémités libres par-dessus la phalangette du médius, dont la pulpe laissait voir un renflement marqué constitué par du tissu élastique. Les trois orteils centraux offraient également une soudure et une déformation analogue à celles des doigts ci-dessus indiquées. A côté de cette syndactylie multiple il y avait donc lieu de constater chez cette petite négresse un exemple bien accompli d'éléphantiasis à forme sclérotique dont l'origine remontait à la vie intra-utérine.

En réunissant ce cas aux plusieurs autres du même genre qu'il m'a été donné d'observer, j'aurai de la sorte un stock de six cas ainsi répartis :

D'apres l'âge de la présentation :

12 heures	1
2 mois	1
3 —	1
7 —	1
11 —	1
14 —	1
	6

D'après la race :

Blanc	2
Métis	3
Noir	1
	6

D'après le siège de la maladie :

Aux deux pieds	1
Au pied droit	1
Aux deux jambes	1
A la jambe gauche	1
Au tronc et au bras droit	1
	6

D'après les formes revêtues par la maladie :

Forme sclérotique	3
— molle et sclérotique	2
— molle ; sclérotique et papillaire	1
	6

D'après les antécédents de famille :

Père atteint de lymphangite aux jambes	1
Mère ayant eu une lymphangite à la jambe droite	1
Tante maternelle atteinte d'éléphantiasis	1
Sans antécédents éléphantiaques	3
	6

Il en ressort donc que le mal ne semble avoir de prédilection pour aucun des deux sexes, tandis que quatre fois sur six il a atteint des fœtus appartenant aux races mixte et noire. Le cas qui vient d'être décrit est cependant le seul que je sache retrouvé chez un nouveau-né de race noire. Aussi d'après le siège de la néoformation morbide, celle-ci semble avoir une certaine tendance à se localiser aux membres inférieurs (4 fois sur 6), y prenant d'ordinaire un développement plus marqué qu'aux diverses autres parties du corps. Cela se trouve aussi en accord avec ce qu'ont observé les auteurs cités plus haut ; le cas de Coley laisse pourtant voir que la malformation éléphantiaque peut bien siéger à la face et à la tête. Il découle encore de ces faits que dans la moitié des cas, la production morbide reste circonscrite à une partie du corps tout en y revêtant les caractères ordinaires des cas acquis, tandis que dans l'autre moitié elle affecte la forme molle ou kystique, isolée ou associée aux formations sclérotiques, voire même à de véritables fibromes sous-cutanés (Virchow, Moncorvo). Dans ce dernier groupe il ne fut point rare de voir la coïncidence de larges taches de nævus à la surface des régions atteintes. Le fait que je viens de rapporter offre encore une autre circonstance qui mérite d'être ici

relevée, laquelle vient beaucoup en éclairer, ce me semble, l'étiologie, je veux parler des poussées lymphatiques dont fut atteinte la mère de l'enfant pendant le cours de sa grossesse. Cet antécédent morbide mérite d'être pris en considération vis-à-vis de la nouvelle notion étiologique de la néoformation éléphantiaque fournie par la bactériologie. Personne ne met plus en doute aujourd'hui que la néoformation éléphantiaque ne connaît d'autre origine que la phlegmasie et l'oblitération des vaisseaux lymphatiques, rattachées, après la découverte de Wucherer, à la présence de l'embryon de filaire, la maladie ayant été par suite rangée dans le groupe de la *filariose*, à côté de la chylurie, du lymp-scrotum, du craw-craw, etc. Les progrès néanmoins de la bactériologie vinrent bientôt modifier en quelque sorte cette notion étiologique exclusive. Ce fut d'abord le résultat des recherches de Verneuil et Clado, en 1889, d'après lesquelles le microbe de la lymphangite ne serait autre que le streptocoque de Fehleisen, c'est-à-dire celui de l'érysipèle. Ces observateurs ouvrirent de la sorte une nouvelle voie à l'interprétation des cas de formation éléphantiaque développée soit chez des Européens n'ayant jamais quitté leurs pays où la filaire est inconnue, soit chez des habitants des pays chauds dont le sang ne renferme aucun embryon de filaire. En France, M. Sabouraud, chargé des travaux bactériologiques au laboratoire de M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis, se trouva bientôt à même de découvrir la présence du streptocoque de Fehleisen dans le sérum prélevé au siège de l'inflammation lymphangitique chez tous les sujets porteurs d'anciennes productions éléphantiaques (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. III, n° 5, mai 1892, p. 592). Le résultat de ces premières recherches entreprises en France vint se mettre d'accord avec celui des miennes pratiquées dans mon laboratoire avec la collaboration de Moncorvo fils, chargé des travaux bactériologiques. Déjà dans mon dernier mémoire ci-dessus mentionné, je signalais les conclusions des premières recherches tentées dans ce but à mon laboratoire, tant chez des adultes que chez des enfants éléphantiaques ou non au moment d'une nouvelle poussée lymphangitique. Après cela, il me fut donné de retrouver une nouvelle série de cas de lymphangite coïncidant ou non avec des formations éléphantiaques chez des enfants de mon service dont le sérum prélevé au siège du mal et soumis à l'examen bactériologique présenta des streptocoques de Fehleisen alors que la recherche de l'embryon de filaire pratiquée dans la nuit fut toujours négative.

Dans quelques-uns de ces cas l'examen bactérioscopique du sang relevé d'un point du corps éloigné de la région affectée, fait plusieurs jours après l'inflammation lymphangitique, laissa encore voir la présence du même streptocoque avec les caractères biologiques qui leur sont propres.

Il ressort donc de l'ensemble de ces investigations : premièrement,

que la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques (tronc, branches ou capillaires) reconnaît très souvent pour origine le germe producteur de l'érysipèle, c'est-à-dire le streptocoque de Fehleisen ; deuxièmement, qu'un grand nombre de cas d'éléphantiasis développés dans les contrées tropicales n'obéissent à d'autre cause pathogénique que la présence du streptocoque en question dans les canaux lymphatiques de la région atteinte. Cette nouvelle donnée pathogénique vient d'ailleurs éclairer l'interprétation des cas d'éléphantiasis congénital dont les petits patients ou leurs mères ne portent dans leur sang ou dans leur lymphe aucun embryon de filaire. Seule, la pénétration du streptocoque dans la circulation fœtale par la voie placentaire en pourrait être l'origine. Si dans quelques cas appartenant à mon stock d'observations la présence d'une ou de plusieurs poussées lymphangitiques chez la mère ne put être qu'une seule fois signalée, cela ne s'explique peut-être que par la difficulté opposée dans la majorité des cas à une enquête bien nette à cet égard tantôt par l'absence de la mère, tantôt par l'ignorance des personnes interrogées dans le service. Ce ne fut donc pas sans raison que je soulevai dans cette nouvelle observation cette circonstance fort digne d'attention par rapport aux antécédents de la mère de l'enfant, c'est-à-dire les poussées lymphangitiques dont elle aurait été atteinte pendant le cours de sa dernière grossesse, auxquelles il y a justement lieu de rattacher le processus lymphangitique originaire chez le fœtus de la néoformation éléphantiaque.

Je ne manquerai pas, en terminant, de soulever le fait de la contusion reçue par le ventre maternel coïncidant à peu près avec l'apparition des crises lymphangitiques. Par la transmission de leurs effets à l'organe de la gestation et par suite à son contenu embryonnaire, celle-là n'aurait-elle pu agir comme une condition favorable ou prédisposante à la pénétration du streptocoque dans la circulation fœtale et à sa plus active prolifération ? Enfin, l'un des tours du cordon ombilical au-dessus des malléoles de la jambe gauche dont semblerait résulter ce sillon circulaire si profond n'aurait-il pas contribué de son côté à la stase sanguine et lymphatique de l'extrémité respective au profit du processus morbide y développé ? Voilà encore d'autres circonstances particulières à ce fait assez digne à lui seul d'attirer l'attention des pædiâtres.

Des purgatifs hydragogues, l'iodure de potassium conjointement avec la compression élastique promettaient déjà une réussite au bout de quelques semaines, lorsque la mère ne voulant plus rester à l'hôpital s'en alla emmenant avec elle sa fillette.

L'électrothérapie dont nous avons, M. Silva Araujo et moi, si justement vanté la remarquable efficacité dans les cas de ce genre, n'a pu être malheureusement essayée chez cette petite négresse faute de l'instrument nécessaire à cet hôpital. Néanmoins je comptais assez sur les autres moyens employés si le traitement eût pu être suffisamment prolongé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1894.

Présidence de M. Ern. Besnier.

SOMMAIRE : Lecture du procès-verbal. — Correspondance. — Note à propos de la communication de M. Brocq sur le prurigo simplex, par M. Darier. (Discussion : MM. Feulard, Brocq). — Lymphangite chronique de nature indéterminée, présentation du malade, par M. Du Cazal. (Discussion : MM. Ern. Besnier, Du Castel.) — Syphiloïde papulo-érosive, par MM. Fournier et Darier. (Discussion : MM. Jacquet, Fournier, Brocq, Jullien, Ern. Besnier.) — Ulcérations arsenicales. Présentation du malade, par M. Du Castel. — Acné syphilitique. Présentation du malade, par M. Du Castel. (Discussion : M. A. Fournier.) — Éruption psoriasiforme. Présentation du malade, par M. Du Castel. (Discussion : M. Barthélemy.) — Eczéma végétant à progression excentrique. Un cas de dermatite bulleuse localisée consécutive à une sclérodermie. Présentation du malade, par M. Hallopeau. — Trichophytie de la main. Érythème polymorphe chez un enfant. Présentation du malade, par M. Feulard. — Scrofulo-tuberculose cutanée, par M. L. Wickham. — Syphilides papulo-hémorrhagiques cohérentes, par M. Ch. Audry. — Gommes tuberculeuses de la main, par M. E. Legrain. (Discussion : M. Barthélemy.)

La correspondance imprimée comprend un volume des *Comptes rendus de la clinique de* Unna.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Erratum.

M. Brocq demande que sa réponse à la communication de M. Hallopeau *sur un cas de dermatite herpétiforme végétante* soit rectifiée ainsi :

M. Brocq. — Le malade dont il est question a été décrit dans mon travail sur la dermatite herpétiforme comme atteint de dermatite herpétiforme variété papillomateuse. C'est le seul malade chez lequel j'aie observé ces productions végétantes. Chez lui elles étaient localisées aux extrémités, aux mains et surtout aux pieds. Elles ont présenté une longue durée, et

n'ont disparu que peu à peu, après plusieurs mois d'évolution. Ce malade, que j'ai pu observer pendant de longs mois dans le service de mon vénéré maître, E. Vidal, était atteint d'une dermatite herpétiforme absolument typique : il présentait des plaques érythémateuses, des lésions vésiculeuses, bulleuses, éminemment prurigineuses. On ne pouvait admettre chez lui une dermatose dans laquelle l'inoculation aurait joué le rôle principal. L'éruption n'a été pustuleuse que là où il s'est formé des végétations papillomateuses. Ce n'est que plus tard qu'elle a présenté les particularités que M. le Dr Wickham a signalées.

Je tiens à faire remarquer que chez le malade de M. Hallopeau comme chez le mien, il y a des lésions intra-buccales des plus accentuées et fort rebelles. C'est une coïncidence qu'il n'est peut-être pas inutile de noter.

Sur le prurigo simplex.

Par M. J. Darier.

A propos du procès-verbal je désire revenir sur le sujet que M. Brocq a traité dans la dernière séance et cela : 1° pour le féliciter d'avoir nettement établi l'individualité du type morbide qu'il désigne sous le nom de prurigo simplex ; 2° pour approuver le nom qu'il lui donne et qui a l'avantage de bien montrer sa place en dermatonosologie et ses affinités ; 3° pour appuyer sa démonstration par les faits anatomo-pathologiques qu'il m'a été donné de constater.

Sans doute le prurigo simplex est une affection connue de longue date ; c'est une des scrofulides boutonneuses bénignes de Bazin, c'est le strophulus simple et prurigineux décrit par Hardy, c'est surtout le lichen simplex d'E. Vidal. Et pourtant cette affection est souvent confondue avec d'autres, méconnue, ou de temps en temps même décrite comme nouvelle (1).

Le prurigo simplex n'est pas rare. Pour ma part j'ai eu l'occasion d'en voir plusieurs exemples, pendant mon internat, à la consultation de l'hôpital Trousseau où nous le confondions avec la miliaire. M. Comby, en 1889, m'a adressé, sur ma demande, toute une série d'enfants qui en étaient atteints, enfants dont j'ai recueilli les observations et sur lesquels j'ai pu faire quelques biopsies. En ville j'en ai vu et traité plusieurs cas. Enfin, comme l'a parfaitement reconnu M. Brocq, le cas que j'ai observé avec M. Barthélemy et dont l'examen histologique a été communiqué, ici même, le 20 juillet 1893, était très certainement un exemple de prurigo simplex.

Je n'ai rien à ajouter à la description symptomatique si précise et

(1) Pfeiffer (de Wiesbaden). *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, XXXI, fasc. 1 et 2, en parle comme d'une affection éruptive nouvelle, spéciale à l'enfance, dont aucun ouvrage ou recueil scientifique ne fait mention.

si exacte de M. Brocq. Au point de vue clinique, les seuls détails sur lesquels je désire insister sont relatifs à l'âge auquel apparaît l'éruption et aux circonstances étiologiques. D'après M. Brocq, le prurigo simplex « peut débuter à un âge quelconque et surtout entre 15 et 25 ans ». Il me paraît qu'il s'agit avant tout et surtout d'une maladie de l'enfance, ou au moins bien plus fréquente chez les enfants jeunes qu'elle ne l'est plus tard. Dans les neuf observations personnelles que je possède le début s'est fait aux âges de 3 semaines, 8, 14 et 15 mois, 4, 5, 8 et 14 ans ; un seul malade avait 16 ans. D'ailleurs il est incontestable que le prurigo simplex se voit moins souvent à l'hôpital Saint-Louis que dans les cliniques d'enfants.

Les premières années de la vie sont celles du travail de la première et de la seconde dentition. Presque tous les auteurs ont vu là une circonstance étiologique importante, quoique le mode d'action en soit peu clair, car l'éruption des dents s'accompagne volontiers de troubles digestifs, tout comme de troubles nerveux. A ce compte l'éruption des dents de sagesse pourrait elle-même être incriminée dans les cas à début relativement tardif. Quoi qu'il en soit, cette relation est consacrée par l'expression vulgaire de « feux de dents », ceux-ci n'étant dans la plupart des cas pas autre chose que des papules de prurigo simplex. Le terme allemand de *Zahnpocken* (variole de dentition) fait ressortir en même temps l'analogie objective des papules de prurigo avec celles de la variole au début, analogie qu'a relevée aussi M. Béclère à la dernière séance. En dehors de l'influence de la dentition, on a accusé des troubles digestifs quelconques, le sevrage, une alimentation vicieuse, la dilatation de l'estomac avec ou sans l'intermédiaire de l'urticaire chronique (Comby) (1). Quant aux hypothèses relatives à la pathogénie de l'affection, par tovidermie ou par névrodermite, M. Brocq a dit ce qu'on doit dire.

Le second point sur lequel il me paraît utile d'appuyer est relatif à l'anatomie pathologique de la papule de prurigo simplex. Je ne veux pas revenir en détail sur les lésions qu'on y constate, en ayant donné une description suffisante dans ma note déjà citée (2).

Il s'agissait en l'espèce d'un cas type de prurigo simplex et toutes les papules de strophulus ou prurigo, au nombre de six ou huit, que j'ai examinées se rapportent assez exactement au même schéma. Je rappelle seulement que les lésions consistent : 1° en un œdème inflammatoire aigu du corps papillaire et de l'épiderme, correspondant à l'aréole érythémateuse ou urticarienne et à la papule centrale ; 2° au sommet de la papule se trouve une plaque lenticulaire formée de cellules épithéliales en dégénérescence colloïde, plaque qu'on voit à l'œil nu

(1) COMBY. Urticaire chez les enfants. *Soc. méd. des hôpitaux*, 25 octobre 1889.
(2) DARIER. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1893, p. 449.

sous forme d'une tache jaunâtre ; 3° au-dessous existe une zone de vésiculation qui est très nette, mais plus ou moins étendue suivant les cas. D'ailleurs, le processus étant assez rapide, on pourrait, si l'on n'avait soin de choisir des éléments à la période d'état, rencontrer une vésiculation à peine commençante, ou bien au contraire une vésicule contenant, au lieu d'un liquide clair, des cellules migratrices déjà nombreuses, ou encore une vésicule en voie de dessiccation.

Cet ensemble d'altérations qui constitue la papulo-vésiculette du prurigo me paraît bien spécial. Il diffère en tous cas absolument des lésions que l'on rencontre dans le lichen simplex chronique (de Vidal), dans l'eczéma papuleux, et dans la miliaire. Par rapport à cette dernière, je dirai que la relation de la vésiculette du purigo avec un canal sudoripare, que MM. Leloir et Tavernier ont signalée, me paraît être accidentelle, quand elle existe, ce qui est inconstant.

Mais en revanche il y a une analogie frappante, et, à mes yeux, une identité même parfaite, entre ces lésions et celles de la papule récente de prurigo de Hébra. La question des relations du prurigo simplex avec le prurigo de Hébra doit donc être posée. J'ai eu le tort de la considérer comme tranchée en intitulant ma note, déjà citée : « prurigo de Hébra récent », mais j'ai indiqué dans le texte que c'est avec le strophulus que je faisais surtout l'assimilation de ce cas.

A cette question c'est à la clinique de répondre. Personnellement mes malades ont été perdus de vue ou observés trop récemment. Chez l'un d'entre eux il y avait une éruption récidivant depuis cinq ans. M. Brocq admet l'existence de formes subaiguës, chroniques, typiques et atypiques du prurigo simplex, qui se distinguerait du prurigo de Hébra par la dissémination des éléments, sa curabilité et surtout l'absence d'eczématisation et de lichénification de la peau ; il admet en outre des formes de passage.

Le prurigo simplex ne serait-il qu'une forme atténuée, qu'un stade initial, pur de toute complication et encore curable du prurigo de Hébra ? En tous cas il faut relever le fait de la fréquence du prurigo simplex par rapport à la rareté relative du prurigo de Hébra, ce qui indique que le premier doit guérir le plus souvent et même que son pronostic n'est pas mauvais à proprement parler.

Mais si la question de la relation de ces deux maladies reste à élucider, il faut remercier M. Brocq d'avoir fait rentrer le lichen simplex aigu dans le groupe *prurigo*, lequel a une entité anatomo clinique aujourd'hui bien démontrée.

M. Feulard. — Je ne puis que confirmer ce qui vient d'être dit et j'ajoute que le prurigo simplex est extrêmement fréquent chez les enfants. Depuis trois années que je fais, dans le service de M. le professeur Grancher, la polyclinique des maladies cutanées, j'ai pu voir de nombreux

malades atteints d'affections prurigineuses ou de *strophulus;* j'étais à tout instant forcé de me servir de l'expression de *prurigo*, *lichen simplex*, faute de pouvoir ranger cette affection dans une des variétés connues. Ces cas étaient des exemples de prurigo simplex de Brocq. Sur cinq cents malades, j'ai certainement observé au moins soixante enfants atteints de cette affection.

M. Brocq. — Je ne saurais trop remercier M. le Dr Darier de sa si bienveillante et intéressante communication. Son intervention, celle de M. Feulard dans ce débat me paraissent des plus importantes, car elles fixent ainsi un type dermatologique jusqu'ici laissé dans l'ombre et qui semble maintenant devoir enfin prendre définitivement place dans le cadre nosographique.

Je ne veux aujourd'hui qu'ajouter un mot à un point de vue assez spécial que j'ai volontairement laissé dans l'ombre dans mon mémoire : ce sont les relations du prurigo simplex avec mes folliculites symétriques à tendances cicatricielles des parties glabres, le folliclis de mon excellent ami le Dr Barthélemy. Ma conviction à cet égard, c'est qu'il est impossible de confondre le prurigo simplex avec le folliclis, mais qu'il est au contraire possible, quand on se trouve en présence de certains cas de folliclis, de croire au prurigo simplex. Cette opinion m'est venue après avoir observé avec grand soin un cas de folliculites symétriques disséminées à tendances cicatricielles chez un jeune homme de 24 ans, lymphatique, atteint de cette affection depuis plusieurs mois. Il présentait des démangeaisons fort vives et les éléments éruptifs à leur début, rosés, papulo-vésiculeux d'aspect, étaient assez nombreux quand je l'ai vu pour me faire hésiter, d'autant plus que le malade avait des démangeaisons extrêmement vives comme dans le prurigo simplex. Seulement un examen plus approfondi me permit de constater que ces éléments, loin d'être fort superficiels comme ceux du prurigo simplex, étaient au contraire profonds, que l'on pouvait par la pression faire sourdre de ces éléments au début une quantité de sérosité bien plus considérable que de l'élément du prurigo simplex. Inutile d'ajouter que l'évolution ultérieure de ces lésions, que leur suppuration centrale, leurs cicatrices déprimées contribuent à confirmer ce diagnostic.

Lymphangite chronique de nature indéterminée.

Par M. du Cazal.

Observation prise par M. le Dr Remlinger, élève du service.

Victor C..., âgé de 25 ans, né à Bellemont-sur-Ver.

Antécédents héréditaires. — Enfant naturel. Mère morte phtisique à 41 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans; variole à 9 ans. *Pas de syphilis.*

A l'école, où il entre à l'âge de 6 ans, C... se montre très mauvais élève ; aussi en sort-il à 12 ans sans savoir ni lire ni écrire. De 12 à

15 ans, il voyage avec sa mère et le compagnon de celle-ci, qui tiennent, dans les foires, un tir de salon. A 15 ans, il les quitte, à la suite d'une altercation, et se met à voyager pour son propre compte en vendant des articles d'optique. A 17 ans, il est atteint d'une maladie de peau qui pourrait être le début de la maladie actuelle. Il soignait, dit-il, un cheval atteint de gale et contracta lui-même cette affection qui fut caractérisée chez lui par une éruption de vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle et renfermant un liquide clair qu'il compare à de l'eau. Cette éruption se serait généralisée d'emblée à la plus grande partie du tégument externe, avec prédominance au niveau du cou, des plis articulaires, du scrotum. En ces points, les vésicules très rapprochées les unes des autres formaient de petits placards pleins de sérosité où chaque vésicule conservait son individualité. Nulle part, ces vésicules ne se réunirent pour donner naissance à une bulle. Cette éruption ne s'accompagnait que de peu de rougeur inflammatoire, mais elle était le siège d'une démangeaison extrêmement vive. Elle disparut au bout d'une quinzaine de jours, laissant la peau couverte de petites squames, mais pour reparaître au bout de peu de temps. Cette récidive fit entrer le malade à l'hôpital de Troyes où on porta le diagnostic de gale d'origine équine ; il y fut soigné par la pommade d'Elmérich et les bains sulfureux. Il faut noter cependant que l'éruption ne présenta jamais de polymorphisme et que les commissures interdigitales ne furent jamais atteintes.

Elle ne s'accompagne pas non plus de fièvre. Il sortit guéri au bout de quinze jours, mais il fut sujet à des rechutes qui allèrent en diminuant d'intensité et de durée. Cette affection laissa après elle des démangeaisons qui, sans éruption, survenaient à intervalles variables et étaient marquées surtout aux bras et aux cuisses. Maintenant encore le malade ressent de temps à autre des démangeaisons qu'il rapporte à cette ancienne affection dont il prétend n'avoir jamais été complètement guéri.

Il se marie à 18 ans (1887). Il a cinq enfants : trois meurent au bout de trois à quinze jours. Deux autres sont vivants et bien portants. L'un est âgé de 3 ans et demi, l'autre de 2 ans. Marié, il continue son métier de marchand ambulant d'articles d'optique ; il le poursuivra jusqu'au moment d'entrer au régiment.

Il est atteint par l'influenza en octobre 1889.

Il est appelé au service militaire en novembre 1890. Au bout de deux mois, il déserte. Il va retrouver sa femme à Longwy et voyage avec elle en Belgique pendant dix mois. En novembre 1891, il rentre en France, est dénoncé, arrêté et condamné comme déserteur. Il arrive à la prison de Bicêtre en février 1892 ; il y reste deux mois qu'il passe à l'infirmerie ; en mai 1892, il est envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce ; il est grâcié le 31 décembre 1893, et est alors dirigé sur mon service par M. le professeur agrégé Catrin.

Lorsqu'on interroge cet homme sur le début de sa maladie, il fait remarquer que depuis 1889, époque à laquelle il fut atteint par l'influenza, il ne s'est jamais bien porté.

En juin 1890, il ressentit tout à coup, sans cause appréciable, une sensation de pesanteur au creux épigastrique ; il avait le sentiment d'une

boule qui, de cet endroit, remontait le long de la face postérieure du sternum jusqu'au pharynx; arrivée là elle détermina une crise d'étouffement, de suffocation qui ne dura pas moins de deux heures et fut suivie d'un long sommeil. C'est alors que s'établirent peu à peu les symptômes d'une dyspepsie avec hyperacidité qui persiste encore : renvois acides, irritations gazeuses, tendance au sommeil après le repas, crampes douloureuses qui disparaissaient par l'ingestion d'aliments nouveaux. Le malade prétend qu'il se levait le matin courbaturé, plus fatigué que la veille; enfin, il avait des vertiges, marqués surtout quand il était couché.

Déjà à ce moment il avait contracté des habitudes alcooliques qu'il avoue, mais qui augmentèrent dans les circonstances que je vais dire..... Cependant, et petit à petit, les renvois acides étaient devenus plus pénibles, les crampes d'estomac plus douloureuses, les vertiges plus fréquents. Or, en Belgique, après sa désertion, notre homme remarqua qu'une *rasade* d'une liqueur alcoolique forte quelconque calmait la plupart de ces phénomènes dyspeptiques; il en vint, dès lors, bientôt, sous couleur de thérapeutique, à abuser des liqueurs alcooliques, et cet abus ne tarda pas à être suivi de l'apparition de phénomènes non douteux de gastrite alcoolique.

C'est à ce moment qu'il est envoyé à Bicêtre, et là, la répulsion pour la nourriture remplace l'exagération de l'appétit. Le malade accuse aussi une douleur spéciale, suivant immédiatement l'ingestion des aliments, se produisant, dit-il, au moment où ceux-ci tombent dans l'estomac.

Après deux mois d'observation à Bicêtre, il est envoyé au Val-de-Grâce (mai 1892).

Au bout de trois mois, une amélioration notable s'étant produite dans son état, il retourne à Bicêtre (août 1892) où il est remis au régime alimentaire de la prison. Pris bientôt de vomissements qui suivent immédiatement l'ingestion des aliments, il est renvoyé au Val-de-Grâce. Là, les vomissements persistent, ils auraient même une fois présenté une coloration noirâtre que le malade compare spontanément à du marc de café. Il éprouve au creux épigastrique une douleur continue. C'est à ce moment qu'on a recours, pour le soulager, à la morphine dont il ne pourra bientôt plus se passer. De l'œdème des membres inférieurs se déclare : l'amaigrissement fait des progrès. Les symptômes d'hyperchlorhydrie persistent; ceux spéciaux à la gastrite alcoolique disparaissent. Le malade continue à avoir du dégoût pour les aliments, en particulier pour la viande et les graisses. Il rejette tout ce qu'il prend. Traitement par la strychnine, les lavages d'estomac, les lavements nutritifs, le gavage. C'est ce dernier moyen qui paraît avoir triomphé des vomissements; ceux-ci cessent en effet en octobre 1892 pour ne plus reparaître. L'œdème des membres inférieurs disparaît en même temps.

Quelque temps avant la cessation de ces vomissements (vers septembre 1892), le malade remarqua sous la peau de la fosse iliaque gauche, l'existence d'une petite tumeur aplatie, du volume et de la forme d'une pièce de cinq francs environ. Elle ne faisait pas saillie sous la peau de la paroi abdominale, qui ne présentait à son niveau aucune modification de coloration, mais elle était perceptible dans son épaisseur et douloureuse à la

pression. Peu à peu cette sorte d'induration de la paroi abdominale antérieure s'étendit en tous sens; elle gagna la ligne médiane, envahit la fosse iliaque droite et bientôt forma un vaste plastron en avant de la région hypogastrique et des deux fosses iliaques. Une plaque analogue se développa en arrière dans la région sacrée. D'autres indurations, du volume et de la forme d'une pièce de cinq francs, apparurent dans la peau qui correspond à l'angle inférieur du triangle de Scarpa, puis, augmentant d'épaisseur en même temps que de superficie, formèrent en avant de toute la partie supérieure de la région antéro-interne des deux cuisses un vaste placard induré. En décembre 1892, ces deux plaques diminuèrent considérablement d'étendue et d'épaisseur. Mais, en janvier 1893, elles revinrent lentement à leur volume primitif. En même temps, le malade était sujet à des poussées d'urticaire : l'éruption était marquée aux poignets, au cou, à la face ; elle durait quatre, cinq jours, pendant lesquels la démangeaison était atroce, puis disparaissait pour revenir ; en même temps la température oscillait autour de 40° ; ces phénomènes se sont répétés à plusieurs reprises. Les ganglions inguinaux étaient engorgés, quelques-uns faisaient sous la peau une saillie du volume d'un œuf de pigeon. Des applications d'onguent mercuriel amenèrent rapidement leur résolution. L'urticaire était soigné par de la fleur de soufre dont on saupoudrait le lit du malade.

Vers le mois de mars 1893, apparut en arrière du testicule droit une petite tumeur grosse comme une noisette. Elle augmenta de volume peu à peu et d'une manière indolore, jusqu'à à acquérir les dimensions d'un œuf de poule.

En juillet 1893, une éruption d'urticaire se développe aux fesses, puis bientôt se généralise à tout le tégument externe ; elle atteint une intensité extrême à la face ; de larges plaques rouges simulent l'érysipèle. La démangeaison est atroce. Le malade se roule dans de la fleur de soufre. Au bout de cinq jours, l'éruption disparaît. Depuis cette époque apparaissent assez souvent des poussées discrètes d'urticaire ; les plaques sont chaque fois au nombre de cinq ou de six et leur apparition s'accompagne d'un peu de fièvre.

C'est aussi au mois de juillet 1893 que se montrèrent, dans les hypochondres gauche et droit, immédiatement au-dessus du rebord des fausses côtes, de petites nodosités du volume de petites noisettes, roulant sous le doigt comme des ganglions lymphatiques et donnant la même sensation. Leur pression provoque une douleur lancinante qui a son écho dans la colonne vertébrale à la région dorsale.

En octobre 1893, attaque de rhumatisme articulaire subaiguë intéressant les articulations du genou, du coude, de l'épaule, des vertèbres cervicales et les petites articulations des doigts et des orteils. Guérison en huit jours par le salicylate.

En décembre 1893, deux attaques analogues, intéressant les mêmes jointures. Guérison en quatre ou cinq jours par le salicylate.

Enfin, en novembre 1893, on constate dans le sein droit, à la base du mamelon, l'existence d'une tumeur aplatie, du volume et de la forme d'une pièce de cinq francs ; mobile sous la peau du mamelon et sur les plans pro-

fonds de la région, légèrement douloureuse à la pression, cette tuméfaction augmente peu de volume.

État actuel. — Amaigrissement considérable, mais pas de cachexie à proprement parler ; l'inspection ne révèle aucun œdème. Pas d'éruptions. On remarque une légère dépression thoracique au niveau de l'appendice xiphoïde du sternum. Le lobule de l'oreille adhère un peu plus que normalement à la peau de la face. Aucun autre signe physique de dégénérescence.

A l'inspection du malade, on est aussitôt frappé par l'existence, à la partie supéro-interne des deux cuisses, d'une nappe de coloration rouge violacé. La palpation révèle, sous-jacente à cette nappe et dépassant ses limites, l'existence d'une vaste induration formant un plastron épais et résistant au-devant de la face antéro-interne de la cuisse depuis le pli de l'aine en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou. La délimitation de cette tuméfaction ne peut cependant pas être faite avec exactitude, car ses bords sont diffus, se confondant insensiblement avec les tissus sains. La surface de cette plaque indurée est lisse; sa résistance ligneuse. La plaque en masse peut être mobilisée facilement sur les tissus sous-jacents. La pression à son niveau est peu douloureuse. Son siège paraît être dans les couches profondes du derme, car la peau ne se plisse pas sur la tuméfaction et l'épiderme seul forme des rides à sa surface.

Le pli de l'aine sépare ces plaques d'induration de la cuisse d'autres plaques analogues qui ont pour siège la paroi abdominale antérieure. Dans le pli de l'aine même, à droite et à gauche, on remarque la présence de nombreux ganglions, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette et qui roulent sous le doigt.

Le placard abdominal forme un épais plastron en avant de la région hypogastrique et des deux fosses iliaques. Ses bords très diffus empiètent en haut sur la région ombilicale et sur les flancs droit et gauche ; mais d'une manière générale, la tuméfaction ne dépasse guère une ligne horizontale passant par l'ombilic. La surface en est lisse, la consistance ligneuse, la pression douloureuse. Le siège de la tumeur paraît aussi résider dans les couches profondes du derme; car la peau ne peut que former de légères rides à la surface de la tuméfaction. Cette peau a conservé sa coloration normale, contrairement à ce qui a été observé à la surface des plaques indurées de la cuisse. Pas plus sur la peau de la cuisse que sur celle de la paroi abdominale, on n'observe, au niveau de ces plaques, le développement de poils. Le système pileux du malade est, du reste, et a toujours été très peu développé.

Au niveau du sacrum, une plaque indurée d'étendue moindre présente des caractères analogues. En palpant le sein droit, on sent, à la base du mamelon, une tuméfaction aplatie, de la forme et du volume d'une pièce de deux francs. La peau du mamelon est mobile sur elle. Cette tuméfaction est mobile aussi sur les plans sous-jacents. Il y a quinze jours, ses dimensions en surface et en épaisseur étaient beaucoup plus considérables; elle est dans un état de régression manifeste (1).

(1) Au moment où le malade est présenté à la Société de dermatologie, cette tumeur a complètement disparu.

Si, chez ce malade, on palpe les hypochondres droit et gauche, on perçoit, immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes, l'existence de petites tumeurs arrondies, du volume d'un petit pois, au nombre de cinq à six dans chaque hypochondre. Elles paraissent sous-cutanées; la peau se plisse facilement à leur niveau; elles donnent au doigt une sensation identique à celle que donnent les ganglions lymphatiques; elles roulent sous le doigt comme le feraient ceux-ci; elles sont lisses et ont une consistance pâteuse comme eux. Leur pression est douloureuse et cause au malade une douleur irradiée au creux épigastrique et dans la colonne dorsale. Ces petites tumeurs augmentent de volume après chaque repas; cette augmentation de volume dure quelques heures, puis elles diminuent. En arrière, à droite, mais surtout à gauche des dernières vertèbres dorsales, on sent rouler sous le doigt des tumeurs analogues, paraissant aussi sous-cutanées, donnant la sensation de ganglions lymphatiques et douloureuses à la pression.

On sent enfin, à la partie supérieure et postérieure des bourses, en arrière et au-dessus des testicules et des épididymes qui ne semblent pas intéressées par la lésion, une tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule. Sa surface est légèrement rugueuse, sa consistance est résistante en tous points; la peau du scrotum est très mobile sur elle, mais cette tumeur elle-même se mobilise mal à l'intérieur des bourses et semble maintenue en haut par des adhérences. La palpation n'en est que peu douloureuse. Cette tuméfaction a été sujette à des régressions et à des retours successifs.

Appareil digestif. — La langue est bonne, bien que l'appétit soit très diminué. Le malade n'a pas, à proprement parler, de répulsion pour la viande, mais il ne veut pas en manger, supposant qu'il souffrirait davantage. Il se nourrit de lait, de potages, de café au lait sans pain ; de temps en temps, il mange un œuf. L'ingestion d'un aliment quelconque est immédiatement suivie d'une douleur au creux épigastrique, qui s'irradie vers la cinquième et la sixième vertèbre dorsale, puis au niveau de la septième cervicale, « entre les deux épaules », dit-il. Parfois cette douleur, qui suit l'ingestion des aliments, s'irradie dans les plaques d'induration de la paroi abdominale et parfois aussi dans les bourses et les plaques indurées de la face antérieure de la cuisse. Le malade ne vomit jamais, mais l'ingestion des aliments est parfois suivie de violentes nausées. Renvois acides très fréquents. Éructations gazeuses continuelles. Le bicarbonate de soude et le charbon remédient assez bien à l'un et à l'autre de ces symptômes. Il ne semble pas qu'une tumeur soit développée aux dépens de la paroi stomacale antérieure.

La constipation est opiniâtre depuis l'entrée à l'hôpital.

Pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate.

Le cœur est sain. A signaler quelques ganglions lymphatiques de l'aisselle gauche. Les poumons sont sains. Il y a néanmoins un peu de diminution de la respiration au sommet droit.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

Système nerveux. — Le malade accuse une céphalée qui se renouvellerait assez fréquemment depuis une année. Il la compare lui-même à

un casque. Il éprouve une douleur assez vive lorsqu'on appuie sur la suture bipariétale un peu en avant du vertex (clou hystérique?). La pression de la septième vertèbre cervicale, des dernières vertèbres, est également douloureuse. Pas de zones d'anesthésie. Quelques bourdonnements d'oreille. Réflexes normaux.

M. le professeur Vaillard a bien voulu procéder à l'examen du sang de ce malade et d'un morceau de peau enlevé à l'un des placards des cuisses. Voici la note dans laquelle il a résumé le résultat de cet examen :

L'ensemencement du sang recueilli au niveau d'une plaque indurée est resté stérile.

Les fragments de lambeau de peau excisée ont été ensemencés en différents milieux ; tous les ensemencements ont été négatifs.

L'examen histologique de la peau excisée ne montre de modifications appréciables qu'au niveau du tissu conjonctif. Le corps muqueux de Malpighi est intact ; mais le tissu conjonctif qui le supporte est plus dense, plus épais, plus consistant qu'à l'état normal ; il est formé de faisceaux épais et serrés, très résistants à l'action du rasoir ; sur la coupe, on dirait une section de tendon. La même modification se constate, mais à un moindre degré, dans le tissu cellulaire lâche sous-cutané. Là encore les faisceaux conjonctifs sont plus abondants, plus épais, plus tassés, plus nombreux et plus volumineux. Ce tissu est extrêmement pauvre en éléments cellulaires ; les cellules plates y font presque totalement défaut.

Les glandes de la peau y sont atrophiées, réduites à quelques vestiges à peine reconnaissables.

Pas de lésions vasculaires appréciables.

A l'examen, après coloration par les couleurs d'aniline, on n'y rencontre aucune forme microbienne.

La filaire a été recherchée à plusieurs reprises dans le sang de ce malade par M. le professeur agrégé Catrin qui ne l'y a point trouvée.

Nous dirons encore, avant de terminer cette observation d'une maladie sur laquelle il nous est impossible de mettre une étiquette, que l'emploi de l'iodure de potassium et des injections Brown-sequardiennes est resté absolument sans effet.

M. Ern. Besnier. — Le malade que M. du Cazal a bien voulu nous présenter ne peut être classé *ex abrupto* dans aucune de nos cases dermatologiques communes; avant de se prononcer, il est indispensable de l'examiner plus complètement, et de plus près; aussi, je propose à notre savant confrère de le laisser parmi nous ; l'analyse clinique en sera faite complètement, et le résultat en sera communiqué à la Société. Ce sera, je pense, la meilleure manière d'être utile au patient, et de nous instruire mutuellement.

M. Du Castel. — Je ferai remarquer une chose, que l'affection du

malade est localisée. Elle commence à la région rénale et descend jusqu'aux deux tiers inférieurs des cuisses ; il accuse quelques douleurs dans les reins. De là l'hypothèse que l'on peut émettre qu'on serait en présence de troubles trophiques d'origine spinale avec localisation à la partie inférieure de la moelle.

Syphiloïde papulo-érosive.

Par A. Fournier.

Une fillette de 10 ans nous est amenée ici pour une lésion de la région périanale, qu'à première vue nous prenons tous — et moi le premier — pour une syphilide papulo-érosive. Elle est admise dans nos salles.

Le lendemain nous examinons l'enfant avec soin, et notre impression objective est encore qu'il s'agit bien d'une syphilide. La lésion, en effet, représente ou semble représenter avec une fidélité frappante une syphilide papulo-érosive. Située sur la fesse droite, au voisinage de l'anus, elle est constituée par une nappe papuleuse, mesurant 6 à 7 centim. en hauteur, sur 2 à 3 centim. transversalement, arciforme d'ensemble, et divisée en plusieurs segments non moins circinés de contour, que séparent des fissures ulcéreuses.

Elle est papuleuse, surélevée de 2 à 3 millim. au-dessus des téguments périphériques. — Elle est rouge dans toute son étendue, et d'un rouge sombre, légèrement veineux. — Elle est lisse de surface, non grenue, non papilliforme, non arborescente. — Par places, elle se montre érosive; sur d'autres points elle est ou recouverte d'un épiderme sec, ou légèrement desquamative.

Sur la fesse gauche, au pourtour de l'anus, on constate une surface érythémato-érosive de quelques centimètres d'étendue. — Érythème vulvaire général, s'étendant aux parties voisines; malpropreté locale.

Je le répète à dessein, la lésion périnéale offre au plus haut degré l'aspect d'une syphilide papulo-érosive, et cela de par sa configuration à contour cerclé, de par sa constitution papuleuse, de par son érosion de surface, de par sa couleur rouge sombre, de par sa physionomie générale, etc., et, j'ajouterai encore, de par sa localisation sur un siège affectionné des syphilides de ce genre.

La fillette en question est-elle donc syphilitique ?

Nous l'examinons minutieusement et longuement à ce point de vue, sans trouver quoi que ce soit — au moins dans l'état actuel — qui légitime ce soupçon. Nous mandons successivement à l'hôpital la mère de l'enfant, (que nous trouvons saine) et sa grand'mère qui lui sert de garde. Tous les commémoratifs restent muets relativement à la syphilis. Le père même, nous affirme-t-on, a toujours été « très sain », et il est mort d'une blessure accidentelle il y a quelques années.

En revanche, diverses constatations directes et quelques renseignements nous conduisent sur une autre piste diagnostique.

L'enfant, qui est de bonne santé habituelle (pas d'autres maladies antérieures que rougeole et coqueluche), est, on peut dire, une « abandonnée » quant aux soins d'hygiène et de propreté. Elle est sale, sordide, couverte de puces et de poux. Délaissée par sa mère, elle vit chez sa grand'mère qui est elle-même fort malpropre. Elle n'est jamais ni baignée, ni lavée. Elle exhale incessamment, nous dit sa mère, une odeur répugnante. Depuis sa rougeole, elle est sujette à des écoulements vulvaires ; mais jamais on ne s'en est occupé et *jamais* on n'a pratiqué à ce propos la moindre ablution. Quand s'est produite la lésion actuelle ? on n'en sait même rien. Ces derniers temps, l'enfant s'étant plainte plus que de coutume, la grand'mère enfin s'est décidée à « regarder », a vu la vulve rouge, enflammée, a constaté la lésion péri-anale pour la première fois, et nous a amené la petite malade.

D'après cela, nous nous demandons si la lésion péri-anale et fessière, qui simule à un si haut degré une manifestation de syphilis, ne serait pas purement et simplement *une dermite papuleuse* dérivant d'irritations locales par leucorrhée et malpropreté chronique. D'autant qu'elle nous rappelle — à moi plus particulièrement encore — une lésion absolument identique que j'ai longuement étudiée, décrite et figurée, à propos d'un cas de prétendu attentat à la pudeur où j'ai été commis comme expert avec mon confrère le Dr Socquet. Dans ce cas aussi, il s'agissait, sur un enfant de 8 ans et du sexe masculin, d'une lésion absolument syphiloïde d'aspect, siégeant au pourtour de l'anus, que tout d'abord je réputai syphilitique de par sa configuration et sa physionomie générale (1), mais que plus tard je fus conduit à tenir bien sûrement pour non spécifique, *vulgaire*, banale, et simplement issue d'irritations locales, d'incurie, de malpropreté.

Or, après examen répété, c'est à ce dernier diagnostic qu'en définitive nous avons abouti, et l'évolution ultérieure nous a donné raison.

D'une part, en effet, l'enfant, depuis que nous l'avons reçue à l'hôpital, n'a jamais présenté le moindre symptôme de syphilis. Et, d'autre part, la lésion locale s'est amendée rapidement — au point que vous allez la trouver à peu près guérie — sous l'influence de quelques soins locaux des plus simples (bains ; lotions à la liqueur de Labarraque ; aspersions de poudre d'oxyde de zinc ; isolement par ouate) et sans intervention du moindre agent spécifique.

(1) Voici en quels termes nous décrivions, M. Socquet et moi, cette lésion :
« Une nappe végétante de tissu morbide, semblable à des bourgeons, occupe, en forme de croissant, tout le segment antérieur et une partie du segment latéral gauche de la région péri-anale. Elle mesure environ de 6 à 7 centim. d'une extrémité à l'autre de ce croissant, sur 2 à 3 centim. dans le sens antéro-postérieur. Elle est formée par un tissu végétant, mollasse, rosé, qui fait un relief de 1 à 3 millim. au-dessus des téguments. Son aspect n'est ni arborescent, ni papilliforme, à la façon des végétations dites en chou-fleur. Elle paraît, au contraire, constituée par un tissu de bourgeons charnus, granuleux, agminés en nappe, et divisés en petits mamelons par une série de sillons fissuraires, la plupart radiés et convergeant vers l'anus. Elle est érosive et suintante sur la plus grande partie de sa surface, etc... » (*Pseudo-syphilis ; végétations péri-anales simulant la plaque muqueuse hypertrophique*, rapport médical légal par A. Fournier et J. Socquet, Paris, J.-B. Baillière, 1892.)

Donc, de ce fait et de celui que j'ai publié dans un rapport médico-légal en collaboration avec M. le Dr Socquet, il ressort ceci :

1° Que de simples irritations d'ordre le plus vulgaire (leucorrhée, écoulements vaginaux, malpropreté, etc.), déterminent parfois sur les régions périanale et fessière des érythèmes, des intertrigos, lesquels, non réprimés et entretenus, sont susceptibles de déterminer *in situ* une véritable *dermite papuleuse* en nappe, dermite rappelant exactement comme forme objective la papulation secondaire de la syphilis;

2° Que cette dermite papuleuse peut devenir à son tour — et cela toujours sous l'influence des mêmes causes — une *dermite papulo-érosive;*

3° Que cette dermite papulo-érosive affecte absolument l'allure, la physionomie objective des syphilides de la même région, et cela à des titres multiples, à savoir : en tant que lésion papuleuse ou papulo-érosive surélevée au-dessus des téguments voisins; — en tant que lésion d'un rouge sombre; — en tant que lésion suintante; — en tant que lésion à configuration circinée de frontières, à segmentation possible en lobules également circinés, que séparent des fissures ulcéreuses, etc.;

4° Que sous cette forme, ladite dermite papulo-érosive simule rigoureusement et de tous points, la variété de syphilides dites syphilides papulo-érosives ou même syphilides papulo-hypertrophiques, et la simule à ce degré qu'*elle n'en est pas différenciable objectivement*, qu'elle n'en peut être distinguée que d'une façon indirecte, à savoir par l'absence d'antécédents spécifiques et l'absence d'accidents spécifiques contemporains.

De là, naturellement, pour la pratique, possibilité d'erreurs, de méprises, dont il serait superflu de signaler l'importance, puisqu'elles n'aboutissent à rien moins que doter de la syphilis des sujets — des enfants spécialement — qui en sont indemnes.

Eh bien, ou je me trompe fort, ou il y a un véritable intérêt clinique à ce que l'individualité d'une telle lésion soit affirmée par une désignation spéciale.

Je propose donc de l'appeler SYPHILOÏDE PAPULO-ÉROSIVE de la région périanale; d'autant que, dans un excellent travail, la même dénomination a déjà été appliquée par M. Jacquet, à des lésions du même ordre développées dans un plus jeune âge (1).

Que cette dénomination ne soit pas à l'abri de toute critique, n'importe. L'essentiel, c'est qu'elle existe pour rappeler ceci à l'esprit du praticien, à savoir : que certaine lésion qui se produit aux environs de l'anus et de la vulve en prenant le masque d'une lésion syphilitique n'est pas de la syphilis, n'a rien de commun avec la syphilis.

(1) L. JACQUET. *Des syphyloïdes post-érosives.* Th. Paris, 1888.

Éveiller par un nom spécial le souvenir de cette lésion, c'est tout ce que je demande à la dénomination en question, en vue de conjurer de regrettables erreurs ; et, si elle satisfait à ce but, je n'exige d'elle rien davantage.

Examen histologique, par J. Darier.

Cet examen a porté sur un morceau de la végétation excisé le 15 janvier dernier qui a été durci par l'alcool. Les coupes, perpendiculaires à la surface, ont été pratiquées dans le sens transversal par rapport au grand axe de la surface végétante.

L'étude des coupes, en allant de la surface vers la profondeur, montre les lésions suivantes :

L'épiderme qui recouvre la végétation est limité extérieurement par une ligne onduleuse coupée d'incisures peu profondes ; il est un peu épaissi et composé de deux couches seulement ; l'une, superficielle, semble cornée, mais les cellules y ont conservé un noyau colorable ; l'autre est le corps muqueux de Malpighi qui serait normal, n'étaient les nombreuses cellules migratrices dont il est infiltré. La couche granuleuse a disparu. Il s'agit en somme d'un épiderme irrité ou en voie de reconstitution encore incomplète.

Du revêtement épidermique on voit partir et plonger dans le derme des prolongements filiformes très longs, qui semblent souvent, sur les coupes, s'anastomoser entre eux, délimitant ainsi de grands espaces, lesquels ne sont autres que des papilles. Celles-ci ont en effet subi un accroissement énorme en longueur et en largeur et ont une direction assez irrégulière.

La lésion principale siège dans les papilles et dans les couches conjonctives sous-jacentes, c'est-à-dire en somme dans la moitié supérieure du derme ; elle consiste en une infiltration de ces parties par des cellules rondes en nombre colossal. Ces cellules rondes sont si nombreuses vers la base des papilles et immédiatement au-dessous, qu'elles y forment une nappe d'infiltration continue et qu'elles remplacent ou masquent presque complètement la trame conjonctive. Leur abondance diminue vers le sommet des papilles où elles se disposent plus ou moins en séries parallèles, comme les interstices du tissu dans lesquels elles sont logées ; dans les régions profondes du derme elles remplissent des aréoles séparées par des travées du tissu fibreux normal. Ces cellules rondes ont un noyau, rond également, qui toujours se colore vivement par les réactifs : elles reproduisent absolument le type des cellules embryonnaires. On ne trouve qu'un très petit nombre de points, dans les nappes d'infiltration, où les cellules présentent quelques granulations qui pourraient être l'indice d'une légère tendance à dégénérer. Dans toutes les couches du derme, surtout dans les zones infiltrées, on voit des vaisseaux artériels, veineux et capillaires qui sont dilatés et parfois gorgés de sang, mais dont les parois sont normales.

Un follicule pileux, atteint par les coupes, présente un orifice dilaté, une forme irrégulière, des gaines épithéliales bourgeonnantes et un poil à bulbe plein prêt à tomber. Cette folliculite s'explique étant donné l'état morbide des tissus avoisinants. Les glandes sudoripares ne présentent pas d'altération notable.

Cette excroissance n'est donc pas une *végétation* (c'est-à-dire un chou-fleur, ou condylome acuminé) enflammée, puisque ces tumeurs sont des *papillomes* où l'élément épithélial domine, tandis qu'ici l'épiderme reste passif et n'offre que des traces d'irritation secondaire.

Il ne s'agit pas non plus d'une tumeur d'origine conjonctive, telle qu'un *sarcome*, ni d'un *fibrome* ou *molluscum enflammé*, puisqu'on ne trouve en aucun point l'aspect caractéristique de ces néoplasmes. Sans doute il n'est pas impossible qu'un *nævus* quelconque ait préexisté à la production de l'excroissance, mais rien ne le prouve. L'hypothèse d'un *mycosis fongoïde* pourrait prêter à discussion ; mais je n'ai jamais rencontré dans celui-ci une hypertrophie des papilles aussi importante et diffuse.

On a affaire manifestement, à ce que je pense, à *une production inflammatoire* et la question qui se pose est celle de savoir s'il faut accuser une *inflammation spécifique*, tuberculeuse ou syphilitique, ou une inflammation simple par irritants ou microbes banals.

Contre l'hypothèse d'une tuberculose de la peau on peut invoquer l'absence de toute tendance des éléments embryonnaires à se disposer en follicules, l'absence absolue de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de foyers de dégénérescence vitreuse ou caséeuse bien nets, de lésions vasculaires. Il y a toutefois des formes de tuberculose, assez rares à la vérité, où ces caractères font défaut (1).

Plus difficile encore est le diagnostic anatomique avec une syphilide hypertrophique ; la plupart des arguments que je viens d'énoncer contre la tuberculose valent encore ici et particulièrement l'absence de toute endopériartérite, de toute phlébite, et le fait qu'il n'y a ni dégénérescence des éléments nouveaux ni indice de sclérose. On peut se demander s'il est possible qu'une syphilide soit à ce point dépourvue des caractères qui la font reconnaître d'ordinaire.

L'explication des lésions constatées par l'action d'un irritant chimique ou plutôt microbien d'origine externe, est sans doute plausible. Il faudrait ajouter que la pièce a été excisée à un moment où l'amélioration était déjà cliniquement évidente ; la reconstitution d'un épiderme, quoique encore imparfait, l'état d'irritation moindre au sommet des papilles que plus profondément, seraient les indices histologiques de cette marche vers la guérison ; mais cette explication a surtout pour elle des arguments d'ordre négatif; on y arrive par exclusion.

Il semble donc plus exact de dire que l'histologie ne fournit pas de données certaines sur la nature de cette lésion ; elle permet seulement de conclure à une *production inflammatoire sans caractères spécifiques bien nets.*

M. JACQUET. — Cette lésion correspond comme mécanisme à celle que M. Sevestre et moi avons décrite il y a cinq ans et que nous avions appelée syphiloïde post-érosive. Cette lésion naît par une série de vésicules, qui peu à peu bourgeonnent et progressivement par leur coalescence arrivent à former ces excroissances plus ou moins végétantes qui peuvent en imposer pour une syphilide.

(1) J'ai recherché les bacilles de Koch dans quelques coupes, sans résultat.

M. Fournier. — Dans le fait que je présente, deux caractères peuvent différencier cette lésion de celle qu'a décrite M. Jacquet : son apparition non chez des petits enfants, mais chez des enfants de 8 à 10 ans; et sa disposition en nappe, en véritable tumeur. Chez la petite malade que je viens de présenter la saillie papuleuse mesurait bien 3 à 4 millim. sur quelques points.

M. Brocq. — Je confirmerai ce que vient de dire M. Fournier : la lésion de sa petite malade se rapproche jusqu'à un certain point de ce que nous avons décrit M. Jacquet et moi sous le nom *névrodermite chronique circonscrite*. Il se fait au niveau de ces lésions une véritable papillomatose géante circonscrite, résultant bien évidemment d'irritations chroniques de la peau. Dans le cas présent, la lésion est si nettement circonscrite que, sans en avoir la preuve, il est fort probable qu'un micro-organisme ait joué un certain rôle dans sa production.

M. Jullien. — J'ai eu il y a huit ans l'occasion de voir un fait analogue et, suivant moi, il s'agit d'un processus papillomateux, beaucoup plutôt que papuleux. Mon petit malade était âgé de 8 ans, et présentait une plaque d'un relief analogue à celui d'une pièce de 2 francs; ces plaques sont moins humides que les plaques muqueuses et s'atténuent très rapidement.

M. Jacquet. — Toutes ces lésions se tiennent, toutes sont de même nature et si à l'anus, elles prennent un caractère particulier, cela tient à leur localisation même, au milieu, aux liquides dans lesquels elles baignent, elles sont le résultat de l'irritation du derme.

M. Fournier. — Ce que dit M. Jacquet est parfaitement exact. Je peux même ajouter que lorsque la syphilis produit des lésions analogues, il faut qu'une cause commune intervienne pour leur donner naissance, et cette cause est le plus souvent le manque de soins de propreté, d'hygiène, disons le mot, la saleté.

Jamais on ne rencontre les syphilides papulo-hypertrophiques érosives chez les personnes soigneuses; elles sont l'apanage des femmes sans propreté, sans soins. Un élément s'ajoute à la syphilis, la malpropreté. Dans les syphiloïdes post-érosives de Jacquet, dans les syphiloïdes papulo-érosives il semblerait que cet élément seul suffit à donner naissance à la lésion de la région anale.

M. Ern. Besnier. — Malgré tous les arguments qui viennent d'être excellemment présentés en faveur du diagnostic de cette lésion, ma conviction n'est pas absolument entraînée. Il est impossible de ne pas remarquer qu'il existe une localisation absolue de la lésion, qu'elle est unilatérale et qu'on ne trouve aucune altération du côté de la vulve, ni du côté gauche de l'anus où cependant se présentaient les mêmes raisons d'apparition de l'affection. Si cette altération était plus généralisée au début, comme l'indique M. Fournier, son amélioration rapide a été due très probablement à la suppression de la cause accessoire, la malpropreté, et la lésion localisée, circonscrite se présente actuellement dans toute sa pureté. Objectivement, cette lésion n'éveille pas dans mon esprit l'idée de

syphilome, et encore moins celle d'érythème sordide ; elle se rapproche considérablement des tuberculomes de la région fessière tels qu'on peut les observer secondairement à la tuberculose perforante de la marge de l'anus.

Éruption psoriasiforme, peut-être lèpre.

Par M. DU CASTEL.

X..., 27 ans, peintre en bâtiments, italien, constitution vigoureuse.

Cet homme n'a dans sa famille aucun antécédent pathologique à noter; lui-même affirme n'avoir jamais eu d'autre maladie, jamais de chancre.

Lorsqu'il vint à Saint-Louis, il y a un an, il portait, dit-il, sur les membres inférieurs de larges taches cuivrées disséminées pour lesquelles on porta le diagnostic de syphilis; il fut soumis au traitement spécifique.

Les premières taches n'ont jamais complètement disparu, mais de nouvelles taches, en tous points semblables, ont apparu peu à peu sur le tronc.

Ces dernières persistent encore aujourd'hui et c'est à leur sujet que le malade vient de nouveau à la consultation de Saint-Louis.

Sur le tronc, en avant et en arrière, de nombreuses taches se voient disséminées sans ordre, sans aucune tendance symétrique d'un côté à l'autre. Elles forment des placards assez larges, variant des dimensions d'une pièce de 5 francs à celles d'une pièce de 20 sous. Leur forme est assez régulière; la plupart sont ovalaires, à bords nets; quelques-unes sont irrégulières, à bords sinueux, plus ou moins déchiquetés. Elles ont une couleur rouge jaunâtre et leur surface est le siège d'une très fine desquamation furfuracée. A leur niveau les plis de la peau sont exagérés et présentent une tendance manifeste au quadrillage. Lorsqu'on les prend entre les doigts, on constate un léger épaississement de la peau, mais il n'existe pas, à proprement parler, d'infiltration profonde.

A première vue, elles rappellent à peu près des plaques de psoriasis en voie de guérison; mais le malade affirme très nettement qu'elles n'ont jamais été recouvertes de squames argentées et épaisses.

Toutes ces plaques ne sont pas venues d'une seule poussée; elles ont fait leur apparition successivement.

Quelques-unes d'entre elles présentent en certains points des zones congestives.

Au niveau de ces plaques la sensibilité paraît presque toujours diminuée, sans qu'il y ait jamais cependant anesthésie complète. Mais les résultats fournis par l'exploration au moyen d'une piqûre d'épingle sont très discordants. Tantôt il y a diminution de la sensibilité, tantôt hyperesthésie. Il faut tenir compte d'ailleurs dans l'appréciation, de ce fait que le malade présente une grande diminution de la sensibilité, dans toute la moitié gauche du corps et surtout à l'extrémité des membres (observation recueillie par M. Sergent, interne du service).

La nature de l'éruption, en présence de laquelle nous nous trouvons,

me paraît prêter à forte discussion? Je me crois en droit de rejeter l'hypothèse d'une syphilis que les négations du malade, les aspects de l'éruption rendent plus que douteuse.

L'absence de douleurs, de démangeaisons, de prurit semble exclure l'idée d'une éruption mycosique, à laquelle il serait peut-être permis de songer.

Si l'on rapproche de la notion des troubles sensitifs précédemment mentionnés, l'origine italienne du malade, né dans les environs de Turin, région où la lèpre existe à l'état endémique, et l'existence sur le trajet du cubital au niveau de l'épitrochlée d'un nodule fusiforme qui semble bien faire corps avec le cordon nerveux, il semble qu'on soit autorisé à penser à la lèpre.

Partant de cette idée, nous avons pratiqué une biopsie; un fragment recueilli dans une plaque anesthésique a été examiné par M. Sergent, il n'y a pas rencontré le bacille de Hansen; la seule lésion bien évidente sur les coupes consistait dans la disparition presque complète du stratum granulosum. L'absence du bacille spécifique ne pourrait cependant suffire à faire rejeter le diagnostic de lèpre, puisqu'elle est en quelque sorte la règle dans les manifestations superficielles de cette maladie. Je dois aussi ajouter que la profession de peintre exercée par le malade enlève peut-être une partie de son importance à l'anesthésie qui pourrait bien être d'origine saturnine.

Cependant en pesant le pour et le contre, en tenant compte surtout du lieu de naissance du malade et de la tuméfaction de son nerf cubital, j'incline à penser que nous sommes sans doute en présence d'un cas de lèpre. Le malade me demande s'il n'y aurait pas inconvénient à ce qu'il se mariât actuellement; faut-il lui faire une réponse dans un sens ou dans l'autre?

M. E. Besnier. — Ce pourrait être le cas d'avoir recours au procédé de Démosthène Kalindero. En réponse à la question qui m'est faite sur le mariage d'un sujet dans le cas du malade présent, le cas étant douteux et la contagion bien rarement observée dans nos climats, il me semble qu'on pourrait l'autoriser; je me suis trouvé en présence d'une question bien plus délicate encore : il s'agissait d'un médecin atteint de lèpre avec lésions digitales, et qui me demandait s'il pourrait en conscience continuer à exercer notre profession.

M. Thibierge. — Je ferai des réserves au sujet du procédé de Démosthène Kalindero; il n'a pas fourni de bacilles dans un cas où l'on en trouva sur les coupes.

M. Barthélemy. — A propos de la *contagion de la lèpre*, dont je suis personnellement partisan (voir annotations de Duhring, 1883), je crois qu'il y a lieu de la considérer comme inconstante et difficile, plus encore que celle de la tuberculose à laquelle on peut la comparer. Or, on ne peut déconseiller ni le mariage ni les relations sociales courantes aux personnes atteintes de tuberculose. Je crois qu'il y a lieu de rapprocher le cas de lèpre, — avec réserve de diagnostic forme érythémateuse de début, — qui est soumis à notre observation, d'un cas de tuberculose au début.

Zambaco nie toujours la contagion de la lèpre tant il a vu de cas ne pas se transmettre aux parents et à l'entourage. J'ai vu pour ma part en Norwège un pêcheur qui avait la lèpre la plus caractérisée depuis l'âge de 20 ans et qui, âgé de plus de 60 ans, n'avait jamais rien transmis ni à sa femme ni à ses enfants, restés absolument sains. Je pense donc que, comme pour la syphilis, il n'y a pas lieu d'interdire le mariage aux lépreux arrivés à une période avancée de leur diathèse.

Dilatation vasculaire cutanée généralisée d'origine congénitale et héréditaire. Télangiectasies vaso-motrices.

Par M. Paul Gastou.

Le nommé N..., ferblantier, est âgé de 45 ans. Il est venu dans le service de M. le Dr Fournier pour des troubles névropathiques.

Son père est mort à 28 ans d'un chaud et froid. Sa mère, obèse, avait, dit le malade, une maladie de cœur; elle est morte à la suite d'une attaque, de nature indéterminée, ayant entraîné une paralysie de la langue?

Elle a eu deux enfants : un fils mort tout jeune et le malade dont nous rapportons l'histoire.

Celui-ci ne se souvient pas avoir été malade : il eut seulement une fièvre typhoïde dans son enfance. Vers l'âge de 18 à 20 ans, il aurait eu un chancre de la verge; il ne se souvient pas s'il y a eu des accidents à la suite.

Il donne du reste des renseignements contradictoires et ce qui suit nous est raconté par sa femme, avec laquelle il a vécu avant de l'épouser.

A l'âge de 22 ans en 1872, bouton sur la jambe gauche, à la face interne. A la suite plaie s'étant étendue jusqu'à la cheville.

En 1873, à 23 ans, hémiplégie gauche, face intacte, ayant duré deux mois.

Marié à 25 ans, il eut à 26 ans, en 1876, pendant trois mois, une éruption boutonneuse qui s'ulcéra, formant, dit sa femme, de vastes plaies sur tout le corps. La maladie dura deux mois, les plaies étaient irrégulières et le médecin qui le vit lui donna des pilules dont on ignore la substance.

A 29 ans, aphonie subite, accompagnée d'étouffements. M. Fauvel lui donna des soins et devant l'urgence d'une trachéotomie, l'envoie dans le service du Dr Péan. On évite l'opération, il prend à ce moment des pilules et de l'iodure de potassium. Il reste aphone pendant plusieurs mois.

A 30 ans, en 1881, après le chagrin que lui cause la non-réussite d'inventions multiples, il devient triste, préoccupé, inquiet, pleurant sans motifs. Il a de la peine à parler, bredouille, perd la mémoire et il lui arrive quelquefois d'avoir des envies tellement pressantes d'aller à la garde-robe qu'il n'a pas le temps de se déculotter et fait dans son pantalon. Il urine cependant normalement.

Nouveau traitement aux pilules et à l'iodure de potassium.

A 38 ans, en 1889, après une période d'amélioration, nouvelle hémiplégie gauche qui laisse le bras impotent. C'est à ce moment qu'il s'aperçoit que

des taches rouges qu'il avait toujours eu sur les mains se voient aussi sur le corps.

Son état reste le même jusqu'en 1894. Il souffre de temps en temps de de la tète et se plaint d'une sensation de froid dans le membre supérieur gauche. Il ne peut plus travailler et se décide à venir à l'hôpital.

État actuel. — Malade bien musclé, non amaigri ; face colorée, cou entouré d'une véritable collerette rouge intense, cheveux roux.

Il existe sur les membres, le thorax en avant et en arrière et surtout à la taille et aux jambes, un réseau formant de larges mailles de couleur rouge vineux, lie de vin, violacé, s'effaçant momentanément sous la pression du doigt, augmentant par la station debout, la marche et le froid. Le tégument du malade avec ce réseau coloré ressemble à la peau d'un cadavre recouvert de suggilations.

Ce réseau est plus net aux points comprimés. La peau à son niveau n'est ni œdématiée, ni épaissie. Dans le dos, petit molluscum pendulum. Au creux poplité droit, bouquet de varices capillaires.

Hyperesthésie cutanée généralisée à la piqûre, à la chaleur et au froid, plus accentuée du côté hémiplégique.

Cette hémiplégie a presque totalement disparu, le malade serre également des deux mains. Le bras gauche est manifestement plus fort que le droit, la différence entre les deux bras est manifeste. Le malade en a conscience lui-même et se plaint que sa main gauche se refroidit très facilement et qu'il lui arrive d'avoir des engourdissements passagers. Réflexes rotuliens exagérés. Pas d'incoordination ni de titubation, les yeux fermés ou ouverts. Pas de douleurs. Le malade marche bien, il a un tremblement léger des mains et surtout fibrillaire aux doigts. Le même tremblement se retrouve à la langue, dont la sensibilité est normale. Lèvre légèrement déviée à gauche. Langue et luette semblent déviées à droite. La voix est lente, rauque, hésitante, légèrement tremblante. Le malade a peine à se souvenir et cherche ses mots.

La larynx, examiné par M. Mendel, présente une parésie notable des deux muscles transverses des cordes vocales; à savoir : le thyro-aryténoïdien et le crico-thyroïdien. Grâce au défaut de tension produit par cette parésie, les deux cordes vocales se tendent insuffisamment et donnent une voix rauque. De plus, ce défaut de tension se traduit, à la vue, par la saillie des apophyses vocales des cartilages aryténoïdes et donne l'apparence d'un voile membraneux à ce niveau. Rien du côté de la vue. Écriture lente, troublée, hésitante; il manque des lettres dans les mots : le malade dit ne pouvoir arriver à écrire.

Le sommeil est normal, pas de cauchemars. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Le foie, la rate, les reins fonctionnent bien. Ni sucre, ni albumine. On note 26 respirations par minute. La sonorité thoracique est diminuée sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse du même côté, à ce niveau inspiration et expiration rudes. Emphysème probable.

Pouls : plein, lent, dur, régulier, 80 battements à la minute, pas d'athérome.

Cœur : à la pointe du sternum, soulèvement léger de la paroi thoracique,

le second bruit du cœur à ce niveau légèrement soufflant. Quelques intermittences très espacées. Dans la fosse sus-sternale, soulèvement rythmique à trois temps : un pour la systole, deux pour la diastole.

Nous ajouterons à l'histoire du malade qu'il a eu trois enfants en quatre ans et demi. Sa femme a fait une fausse couche de huit mois. Un second enfant est venu mort-né à terme. La troisième grossesse a donné un enfant à terme, mort six semaines après avec des ulcérations croûteuses sur le corps.

Enfin un quatrième enfant venu à 8 mois et une fille qui présente les mêmes dilatations vasculaires que son père. Ces dilatations, d'abord situées aux mains, tendent à s'étendre depuis un accouchement. Cette jeune femme, a eu, de 7 à 12 ans, des accès de fièvre irréguliers sans cause connue. Depuis plusieurs années elle se plaint de palpitations et de vertiges. Sensibilité normale.

La fille et le père, les ascendants paternels ont tous les cheveux rouges et le teint très coloré.

Réflexions. — Trois points intéressants se détachent de cette observation.

1° L'existence de dilatations cutanées généralisées chez un malade atteint de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique ; sans autres troubles organiques qu'une hyperesthésie accentuée à la chaleur et à la piqûre et des réflexes exagérés ;

2° La présence des mêmes dilatations vasculaires chez la fille de ce malade ;

3° La généralisation chez l'un et l'autre de la vascularisation qui était d'abord localisée : chez le père à l'occasion de troubles cérébraux, chez la fille après un accouchement.

Comment peut-on interpréter cette vascularisation, quelles en sont la nature et la cause ?

Il fallait d'abord s'assurer qu'il n'y avait pas d'altérations vasculaires ; c'est ce que nous ont montré des coupes de peau (prise par biopsie, durcie par l'alcool), colorées au picro-carmin et soumises à l'examen de M. Darier.

Il n'existait, en effet, qu'un très léger degré d'infiltration embryonnaire du derme, particulièrement autour des fins vaisseaux de la région papillaire. Il n'y avait pas de dilatations vasculaires. M. Darier a remarqué que dans les nævi vasculaires du premier degré (tache de vin) on peut fort bien, par la biopsie, ne trouver de vaisseaux dilatés qu'en quelques points très rares. Pas de lésions de l'épiderme, des glandes, ni des lymphatiques.

Il est probable que si la dilatation vasculaire existait, la biopsie ayant fait disparaître le tonus vasculaire et l'alcool contracter les vaisseaux, elle aurait disparu sur les coupes.

Cette dilatation vasculaire, en l'absence d'altération visible des vaisseaux, est fort acceptable. Elle serait alors d'ordre vaso-moteur

et neuro-paralytique, soit par paralysie du centre vaso-constricteur, soit par excitation du vaso-dilatateur.

Les observations qui existent de faits analogues ne sont pas en contradiction avec cette interprétation.

Dans un cas de Vincenzo Tanturri (1) analysé par M. Jullien dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* de 1880, on a imputé un trouble de la circulation, et, le malade étant mort de néphrite scarlatineuse, M. Jullien se demande s'il y a eu quelque rapport entre l'état des reins et celui de la peau.

M. Besnier (2), dans une note du livre de Kaposi, mentionne les observations de Hillairet et Gaucher (3) et l'histoire du malade présenté en 1880 à la Société médicale des hôpitaux, par M. Vidal (4). Malade hystérique et hyperesthésique avec dilatations vasculaires cutanées généralisées.

M. Besnier, parlant de ces dilatations, qu'il appelle des télangiectasies généralisées, pense que deux ordres de causes peuvent les produire : 1° des troubles d'hydraulique circulatoire et rénale ; 2° des causes de névropathie centrale amenant la dilatation paralytique des réseaux vasculaires du derme.

On ne peut invoquer dans notre observation la première cause. La seconde, au contraire, est des plus nettes ; il s'y joint, en outre, deux autres caractères : la congénialité et l'hérédité. Nous conclurons donc que ces dilatations vasculaires cutanées peuvent être le fait d'une paralysie vaso-motrice par modification congénitale, héréditaire ou acquise des centres vaso-moteurs vasculaires et nous proposons de les appeler, jusqu'à plus ample connaissance de leur nature : télangiectasies généralisées vaso-motrices.

Sur un eczéma végétant, à progression excentrique.

Par H. Hallopeau.

On sait que le groupe de dermatoses décrites sous le nom d'eczémas est complexe : on y fait rentrer des états morbides d'origine et de nature très distinctes. Ils supposent, en premier lieu, un mode de réaction spéciale du tégument externe, et, d'autre part, l'intervention

(1) Vincenzo Tanturri. Un caso di dermostasi venosa generale et idiopatica. *Il Morgagni,* t. XXI, p. 561, analysé par Jullien : *Annales de dermat. et de syphil.*, 1880.

(2) Besnier. Note in Kaposi (Mal. de la peau), t. II, p. 223.

(3) Hillairet et Gaucher. 1879. Note de Besnier.

(4) Vidal. Variété de télangiectasie symétrique et accidentelle. Société médicale des hôpitaux, 11 juin 1880, et *Union médicale,* 1880, p. 563.

d'une cause irritante qui peut être l'élimination par la surface cutanée de produits anormaux engendrés dans l'organisme, un trouble dans les sécrétions des glandes de la peau ou une influence extérieure physique, chimique ou microbienne.

On ne peut, dans la grande majorité des cas, émettre que des hypothèses relativement à la nature de ces conditions pathogénétiques ; il est présumable qu'elles sont souvent elles-mêmes de nature complexe : c'est ainsi que, dans les eczémas dits séborrhéiques, on doit selon toute vraisemblance faire intervenir concurremment une dyscrasie due à la présence dans le sang de matières grasses ou de leurs produits générateurs anormaux par leurs qualités ou leur quantité, un trouble dans les fonctions des glandes sébacées ou sudoripares, et aussi, conformément à l'opinion d'Unna, un microbe venu du dehors ; le mode de progression excentrique des éruptions thoraciques ne peut guère s'expliquer autrement. On voit combien d'inconnues restent encore à élucider pour arriver à une conception scientifique de ces eczémas.

C'est parmi eux qu'il faut, selon toute vraisemblance, ranger la dermatose dont est atteint le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, mais elle offre des particularités qui l'éloignent du type classique et nous paraissent dignes d'attirer l'attention.

M. I..., âgé de 50 ans, entre le 2 janvier 1894 dans la chambre II du pavillon Gabrielle. Sa santé antérieure a toujours été bonne. En août 1892, il remarque l'apparition d'une rougeur avec légère desquamation sur la conque de l'oreille gauche; elle provoquait de la démangeaison. Un an après, une lésion semblable s'est produite sur l'oreille droite. Au milieu d'octobre, l'éruption s'est étendue au cuir chevelu ; elle est dès lors devenue pustuleuse : un mois plus tard, la partie antérieure du thorax a été à son tour intéressée.

Le malade est très vigoureusement constitué. Son éruption occupe actuellement le visage, le cuir chevelu et le devant du thorax.

Les oreilles sont rouges et tuméfiées ; leur épiderme est soulevé, surtout dans la cavité de la conque et dans la partie qui sépare l'hélix de l'anthélix, par un exsudat séro-purulent. Il en est de même de la surface externe du pavillon ainsi que de la partie sous-jacente du cou et de la partie postérieure de la joue correspondante. Sur le même côté du menton, s'étend, jusqu'à la commissure, une surface saillante, d'un rouge vif, ferme au toucher, excoriée, suintante, et parsemée de vésico-pustules à la base des poils ; ses dimensions sont celles d'une pièce de 5 francs; à sa partie interne, est contiguë une saillie du volume d'un pois. La partie médiane du menton est occupée par une lésion semblable; il en est de même de la joue droite.

Le cuir chevelu est le siège, dans toute sa partie médiane, d'une plaque éruptive, saillante de 7 à 8 millim.; elle mesure 16 centim. transversalement sur 14 d'avant en arrière : rouge, excoriée et mamelonnée, elle

présente l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus ; on y distingue un certain nombre de petits foyers de suppuration miliaire : ses contours sont polycycliques. Autour de cette grande plaque centrale, on en voit d'autres qui atteignent de 1 à 8 centim. de diamètre : elles sont séparées par des sillons irréguliers recouverts de croûtelles. On voit enfin, à leur périphérie, des pustulettes miliaires. En comprimant les plaques, on fait sourdre des gouttelettes de pus au niveau des orifices pilaires. Les cheveux sont très raréfiés au niveau des parties malades ; ceux qui restent se laissent arracher avec une grande facilité. La consistance des surfaces végétantes est molle. Elles sont le siège de démangeaisons assez vives et assez persistantes pour entraîner l'insomnie.

Des pustulettes sont disséminées ou groupées en petits foyers autour du cou.

Au-devant du thorax, on voit plusieurs plaques circinées, d'un rouge pâle, circonscrites par un léger soulèvement de l'épiderme ; elles ont l'aspect typique de l'eczéma séborrhéique ; elles ne sont nullement saillantes ; on ne voit, dans cette région, ni pustules, ni vésicules. Nous prescrivons l'application permanente de compresses imprégnées d'eau boriquée et recouvertes de taffetas gommé et, à l'intérieur, 4 gr. de bicarbonate de soude.

Le 23 janvier, l'éruption a envahi les régions inguino-scrotales et les aisselles ; les plaques qui la constituent dans ces parties sont de dimensions diverses ; les plus petites ont le volume d'un grain de chènevis : elles sont constituées par un soulèvement épidermique qui s'ouvre dans sa partie médiane et laisse voir une surface rouge et suintante ; d'autres atteignent les dimensions d'une lentille, d'autres mesurent plusieurs centimètres de diamètre ; on trouve tous les intermédiaires entre ces plaques de diverses dimensions et, en les suivant pendant plusieurs jours, on voit les plus petites s'agrandir progressivement ; leur zone d'accroissement est représentée par le soulèvement épidermique sous forme d'un mince bourrelet mesurant de 1 à 2 ou 3 millim. de rayon. Ces plaques inguinales et axillaires ne sont nullement végétantes ; elles donnent lieu à des sensations pénibles de prurit et de cuisson.

Des pustulettes et des plaques analogues à celles que nous venons de décrire se trouvent sur le fourreau de la verge et sur la paroi abdominale ; la région lombaire est le siège d'une plaque circinée semblable à celles du thorax.

Le 6 février, l'état du malade s'est très sensiblement amélioré : l'éruption du visage a en grande partie disparu ; il n'y a plus de rougeur ni de suintement que derrière les oreilles.

La saillie des plaques du cuir chevelu est très amoindrie ; sur toute la région occipitale, il n'y a plus que de la rougeur et des minces croûtelles.

Sur le devant de la poitrine, il ne reste que des macules d'un jaune brunâtre, vestiges de l'éruption séborrhéique. Dans les régions inguinales et axillaires, l'éruption continue à évoluer avec les caractères indiqués précédemment.

Malgré l'aspect insolite des lésions du cuir chevelu, c'est bien dans

le groupe des eczémas que doit être classée cette dermatose : les lésions des oreilles sont à cet égard caractéristiques ; il en est de même des placards pré-sternaux ; ceux-ci permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un eczéma séborrhéique. Mais, d'autre part, on ne peut méconnaître qu'il présente au cuir chevelu et dans les régions inguino-scrotales des caractères tout particuliers.

Il est très exceptionnel de voir l'eczéma devenir végétant : à notre connaissance, notre musée n'en renferme qu'un moulage ; c'est celui d'une malade de notre service qui était atteinte d'un eczéma chronique de la face. Il y a, à cet égard, un contraste frappant, ainsi que nous l'avons indiqué dans une précédente communication, entre les éruptions vésiculeuses et les éruptions bulleuses : celles-ci ont beaucoup plus de tendance que celles-là à provoquer la prolifération végétante du tissu dermique.

Le mode de développement des plaques éruptives a également présenté des caractères qui méritent être signalés : il a été de toute évidence qu'elles ont débuté par une lésion élémentaire qui a été tantôt une vésicule, tantôt une pustule, tantôt un simple soulèvement de l'épiderme sans exsudation : c'est par l'extension progressive de ce soulèvement épidermique, avec ou sans exsudat, que les plaques se sont agrandies ; il en a été ainsi pour les éruptions du cuir chevelu comme pour celles des régions axillaires et inguino-scrotales : ce mode de développement ne peut guère s'expliquer que par la propagation d'un parasite ; nous dirons ultérieurement si les recherches pratiquées par M. Jeanselme dans cette direction auront donné des résultats.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les faits qui résultent de ce travail :

1° *L'eczéma séborrhéique peut se compliquer d'une dermite pustuleuse et végétante ;*

2° *La lésion initiale des plaques d'eczéma séborrhéique peut être une vésicule, une pustule ou un simple soulèvement épidermique sans exsudation ;*

3° *Les plaques d'eczéma s'accroissent par l'extension progressive de ce soulèvement épidermique ;*

4° *On peut observer chez le même sujet, en différentes régions, des plaques sèches, des plaques pustuleuses et des plaques végétantes ;*

5° *La plus grande partie du cuir chevelu peut être envahie par cette dermite végétante ; il en résulte une alopécie ;*

6° *Selon toute vraisemblance, ces lésions à progression excentrique sont provoquées, conformément à l'opinion d'Unna, par le développement d'un microbe encore indéterminé ; les différences si considérables que présentent les éruptions dans leurs localisa-*

tions céphaliques, thoraciques et inguinales peuvent s'expliquer, soit par la différence des milieux que les téguments de ces régions constituent pour l'agent pathogène, soit par la diversité de leurs modes de réaction.

Sur un cas de dermatite bulleuse localisée consécutive à une sclérodermie.

Par H. HALLOPEAU.

Dans la séance du 14 décembre dernier, nous avons présenté une malade chez laquelle la cicatrice d'un vésicatoire, entretenu depuis longtemps, avait amené secondairement le développement d'une dermatite bulleuse limitée aux parties qui l'avoisinaient ; l'histoire de la malade qui fait l'objet de cette communication montre qu'une sclérodermie peut avoir la même influence pathogénétique.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

En 1880, la malade, alors âgée de 50 ans, est entrée dans le service de notre regretté collègue Vidal pour une maladie de la peau limitée au membre inférieur droit ; le diagnostic porté a été, d'après le dire de la malade, confirmé par les registres de l'hôpital, *sclérodermie ;* la maladie remontait à l'hiver si rigoureux de l'année précédente ; la malade en rapportait l'origine à un traumatisme accidentel. Elle eut alors, pendant son séjour à l'hôpital, une éruption bulleuse qui resta circonscrite au membre atteint de sclérodermie. Elle se prolongea pendant quelques semaines, puis les bulles cessèrent de se produire.

Depuis lors, la sclérodermie, d'abord limitée à la partie moyenne du membre, s'est progressivement étendue jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, sans envahir d'autres régions.

La nouvelle éruption bulleuse qui amène cette fois cette malade à Saint-Louis est survenue, il y a un mois, à la suite d'une chute qui a déterminé une contusion avec excoriation de la partie antérieure de la jambe, dans l'aire de la plaque sclérodermique ; elle s'est renouvelée pendant plusieurs semaines et était encore en activité lors de l'entrée de la malade dans notre service le 17 janvier dernier.

Actuellement, la sclérodermie occupe la partie antérieure de la jambe, dans presque toute sa hauteur ; elle intéresse également ses faces interne et externe ; en bas, elle descend jusqu'au cou-de-pied, qu'elle n'atteint pas ; en haut, elle reste limitée à la partie supérieure de la jambe, sauf en dehors où elle remonte jusqu'au niveau du condyle fémoral.

Dans toute cette région, la peau est amincie et décolorée ; elle se laisse difficilement plisser ; son aspect est celui d'un tissu de cicatrice : la sensibilité y est intacte. On voit au-devant de la partie moyenne du tibia plusieurs surfaces excoriées ; c'est sur elles qu'a porté la violence extérieure.

Toute la partie interne de la jambe est occupée par des soulèvements bulleux de très grandes dimensions ; certains d'entre eux atteignent 10 centim. de diamètre. Leur contenu, primitivement séreux, puis séro-purulent, a été évacué ; l'épiderme soulevé s'est affaissé ; plusieurs de ces soulèvements sont polycycliques ; ils reposent, pour la plupart, sur la surface atteinte de sclérodermie ; plusieurs d'entre eux cependant se sont développés en dehors d'elle, sur la face interne du membre.

L'évolution de cette éruption bulleuse paraît aujourd'hui enrayée et, à moins de reprise imprévue, il n'en restera plus bientôt que des vestiges.

Il ne paraît pas douteux que cette éruption n'ait eu pour principale cause la sclérodermie dont cette malade est atteinte depuis quatorze ans ; elle est en effet strictement limitée à la région qu'elle occupe et aux parties voisines. Nous avons vu qu'il y a treize ans une éruption semblable s'était produite dans la même région déjà occupée par la sclérodermie. Il faut admettre cependant que le traumatisme a joué le rôle de circonstance adjuvante, car c'est à sa suite que l'éruption bulleuse s'est produite et elle est actuellement en voie de disparition, malgré la persistance des lésions sclérodermiques ; c'est là une preuve que ces lésions ne suffisent pas, au degré qu'elles ont atteint chez cette femme, pour produire à elles seules cette éruption secondaire. Selon toute vraisemblance, c'est sous l'influence combinée du traumatisme et de la sclérodermie que sont survenus les troubles de l'innervation trophique qui ont été la cause prochaine des éruptions bulleuses.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Une éruption bulleuse localisée peut être provoquée par une sclérodermie et un traumatisme intercurrent ;*

2° *Cette éruption reste circonscrite à la région occupée par la sclérodermie et à son voisinage immédiat ;*

3° *Elle est comparable à celle que peut déterminer une cicatrice ancienne en voie de progression ;*

4° *Elle en diffère cependant en ce qu'elle ne se produit que passagèrement et qu'elle disparaît au bout de quelques semaines, en même temps sans doute que les perturbations apportées par le traumatisme dans l'innervation trophique de la région.*

5° *La cause prochaine de ces éruptions paraît être en effet la compression ou l'irritation des nerfs trophiques qui président à la nutrition de la région sclérosée, sous l'influence combinée de la rétraction conjonctive et du traumatisme intercurrent.*

Scrofulo-tuberculose cutanée. Éléments lupiques primitifs. Lupus élevé exfoliatif psoriasiforme. Lupus exedens superficiel. Carie de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Tuberculose de l'articulation du poignet. Éléphantiasis du pied gauche, consécutif à des lymphangites répétées. Productions papillomateuses, masses frambœsoïdes, sur la face dorsale du pied gauche.

Par M. Louis Wickham.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas de scrofulo-tuberculose cutanée dont voici l'observation résumée :

Mme L..., âgée de 47 ans, ménagère, est entrée salle Henri IV, service de M. le professeur Fournier, le 20 janvier 1894, lit n° 33.

Taille moyenne, constitution moyenne. Bonne santé générale. N'a jamais fait de maladie. Pas de bronchites d'hiver. Mariée à un homme sain, n'ayant jamais été malade. N'a eu qu'une grossesse il y a dix-huit ans, à terme. L'enfant a toujours joui d'une excellente santé. Deux frères et quatre sœurs tous bien portants, actuellement en bonne santé. Mère morte de fluxion de poitrine à 72 ans, après avoir toussé, mais dans les derniers temps seulement; en général, sa santé a toujours été bonne.

Ces renseignements montrent l'absence absolue d'hérédité ; ce qui suit indique qu'il a pu y avoir *infection locale ; contagion directe.*

Mme L... a présenté ses premières lésions cutanées au pied gauche, au troisième orteil, en novembre 1870. Or elle était venue à Paris comme bonne en juin 1870, et on la fit coucher dans une chambre commune avec une autre bonne employée dans la même famille. Cette dernière jeune fille, pâle et faible, souvent fatiguée, toussait boaucoup. Elle était de famille tuberculeuse et sa sœur nettement phtisique à un degré avancé, morte quelques mois plus tard, venait souvent la voir et passait de longues heures dans la chambre commune. Il lui arrivait de cracher par terre; c'est dans cette atmosphère de tuberculose que Mme L... a dû supporter les fatigues de l'acclimatement et d'un nouveau métier très rude. Elle marchait souvent pieds nus, le soir avant de se mettre au lit et a pu s'infecter au niveau de quelque écorchure du pied. Elle se souvient avoir beaucoup souffert d'engelures aux orteils en octobre et novembre, avant la première apparition de l'abcès du troisième orteil.

Les lésions existent à la jambe gauche et au bras gauche. Considérées sur chaque membre, elles se sont propagées de bas en haut. Celles du bras ont débuté en 1871 par un abcès à la racine de l'annulaire, à la suite d'un violent traumatisme (chute d'une lourde caisse sur le doigt). Une fois ces dernières lésions établies au pied et à la main, les autres ont évolué, progressivement ascendantes, jusqu'à ce jour, en vingt-quatre ans.

Lésions du membre inférieur. — Nous nous bornerons à l'énumération des éléments morbides, renvoyant à l'observation complète qui sera publiée ultérieurement après l'action thérapeutique.

1° *Nodules lupiques ; éléments primitifs.* — Au nombre d'une trentaine, ces éléments sont disséminés sur la cuisse et la jambe autour de lésions lupiques plus anciennes.

Ils ont apparu il y a environ six mois.

On leur reconnaît très nettement une coloration brun jaunâtre. Ils apparaissent sous l'aspect de petits grains isolés enfoncés dans le derme.

2° *Lupus élevé exfoliatif, psoriasiforme. Résorption interstitielle.* — Sur la cuisse et la jambe, on observe huit petits placards rouge violacé, saillants de 2 à 3 millim., de consistance molle ; ces éléments ont paru il y a un an.

Les plus grands ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Quelques-uns sont recouverts de nombreuses squames, qui s'effritent par le grattage au point de ressembler au psoriasis.

Cette desquamation est l'indice du processus de résorption interstitielle. Au milieu de quelques-uns de ces éléments, on constate une dépression cicatricielle.

3° *Lupus ulcéreux superficiel végétant.* — Au pied, sur la face dorsale, près des orteils, on observe une surface, rose cicatricielle, à la périphérie de laquelle il reste encore des surfaces en activité, ulcéreuses et végétantes, papillomateuses formant une saillie de 4 à 5 millim. Ces lésions ont évolué lentement en plusieurs années.

4° *État éléphantiasique du pied. Lymphangites à répétition.* — Pendant dix à douze ans, la malade a souffert très fréquemment, tous les mois, dit-elle !•de poussées d'érysipèle. La peau devenait rouge, douloureuse, tendue. La rougeur couvrait tout le pied, ne remontait pas au delà de la moitié de la jambe, et débutait autour de lésions de la peau du pied siégeant sur le bord interne et ressemblant aux lésions lupiques actuellement en évolution.

Peu à peu, la peau s'est épaissie ; l'éléphantiasis s'est constitué. Depuis six mois à un an, il n'y a plus eu de poussées de lymphangite.

5° *Production papillomateuse ; masses frambœsoïdes.* — Ces lésions remontent à plusieurs années.

Sur le dos du pied existent sept énormes saillies en chou-fleur, la plus grosse ayant les dimensions d'un gros œuf de poule. Les unes ont un gros pédicule que l'on ne peut voir qu'en soulevant les bords de la tumeur. Les autres sont sessiles. Leur surface irrégulière est sillonnée de fentes et de plissements, qui délimitent de petites saillies papillomateuses. Il n'y a pas d'ulcération, ni de suintement. Entre ces grosses tumeurs, existent cinq petits éléments de la grosseur d'un pois, rouges, durs, tendus, à surface lisse, brillante, saignant abondamment. Quelques petites saillies minuscules de la couleur de la peau, simulant des vésicules, mais ne contenant pas de liquide.

Bras gauche. — 1° *Lupus ulcéreux superficiel* (depuis six mois environ). Une large cicatrice recouvre toute la face dorsale de la main et des doigts. Ce sont des restes d'une vaste plaque de lupus, cautérisée et scarifiée pendant une année entière.

A la périphérie de cette plaque, il reste encore en activité trois petites surfaces de *lupus ulcéreux superficiel.*

Au coude, deux autres petites surfaces exulcérées.

2° TUBERCULOSE DU POIGNET (depuis un an et demi). — La face dorsale du poignet est saillante suivant une bande s'étendant de dehors en dedans. A ses deux extrémités, existe du lupus ulcéreux. La plaque tuberculeuse interne présente au centre un orifice dans lequel un stylet introduit atteint des surfaces osseuses dénudées. En pressant sur la saillie, on fait sourdre par cet orifice un liquide louche et sanguinolent.

L'articulation du poignet est complètement ankylosée.

Syphilides papulo-hémorrhagiques cohérentes parvenues à un degré de développement extraordinaire.

Par M. Ch. AUDRY (Toulouse).

L'observation qui suit a surtout un intérêt d'iconographie. Elle se rapporte à une lésion tout à fait ordinaire, mais arrivée à un degré de développement que nous ne sommes plus guère habitués à rencontrer, ailleurs que dans les dessins des anciens auteurs.

Pierre S..., âgé de 23 ans, marchand ambulant, est entré à la Clinique le 19 décembre 1893. Il n'y a rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires. Dans l'extrême enfance, il a souffert de blépharo-conjonctivite, et ses deux cornées présentent encore des taies d'ailleurs légères, qui sont probablement la cause d'un strabisme divergent par paralysie du droit interne du côté droit. Pas d'hémophilie.

Il y a un an que le malade a présenté sur la face postéro-externe du prépuce un large chancre qui a beaucoup suppuré, et qui aurait guéri assez rapidement. Ce chancre était apparu, ou plutôt le malade ne s'en était aperçu que deux mois après le dernier coït.

Le malade n'a jamais commis, ni auparavant, ni depuis lors, d'excès alcooliques; mais il a continué son métier pénible et peu hygiénique de marchand ambulant.

Un mois après le chancre, il souffrit de céphalées violentes, puis il vit survenir une éruption de papules nombreuses et disséminées sur la presque totalité du tégument, la face exceptée. Ces papules étaient d'un rouge vif. Il n'y eut pas de traitement commencé avant le quatrième ou cinquième mois de la maladie, époque à laquelle le malade prit quelques pilules de Ricord et de l'iodure de potassium. A ce moment, les papules initiales s'étaient multipliées et étendues. Elles étaient arrivées à se confondre par leurs bords en nombre d'endroits, et à constituer de la sorte de vastes plaques toujours sèches, mais recouvertes d'une croûte grise.

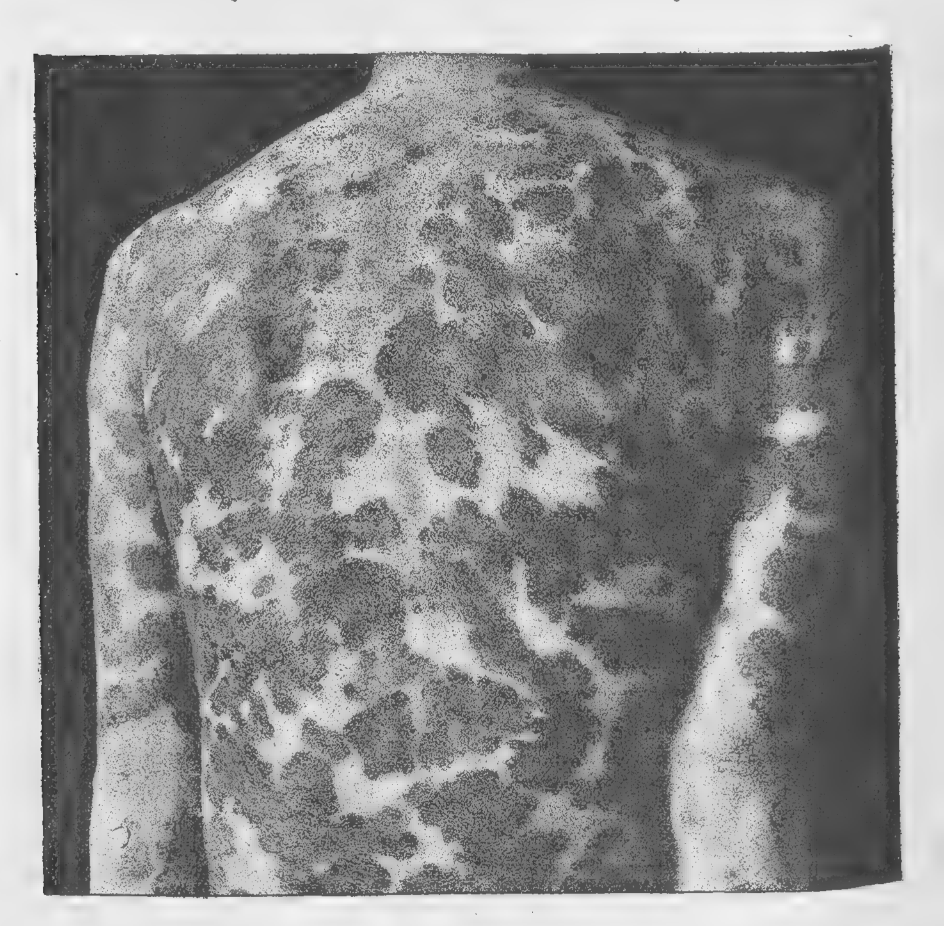
La lésion alla du reste en se développant jusqu'au moment de l'entrée du malade dans mon service.

A ce moment, nous nous trouvons en présence d'un homme amaigri, et considérablement débilité. La photographie ci-jointe suffit à donner de l'éruption actuelle et de sa distribution une idée exacte et suffisante.

En considérant les plaques de près, on voit qu'elles sont réellement formées par la réunion de papules rondes, très peu élevées, larges, lisses,

gaufrées, d'un rouge lie de vin, purpuriques et qui se confondent par leurs bords en figurant des dessins plus ou moins élégants. A la pression, quelques-unes de ces taches se décolorent en partie, surtout si on les examine par transparence à travers une lame de verre; d'autres conservent une teinte brune, pigmentée.

La coloration, qui reste d'un rose vif, carminé, sur la partie inférieure du



dos, est plus orangée, plus brune, plus ecchymotique sur la poitrine et les bras.

Vu à distance, le tégument du malade a tout à fait l'apparence d'une peau de léopard.

Sur le cuir chevelu, on découvre une douzaine de larges papules, un peu saillantes, humides, lisses, isolées.

On trouve une adénopathie ganglionnaire absolument généralisée (inguinale, axillaire, épitrochléenne, cervicale, etc.).

Le malade tousse; mais nous n'avons pas pu avoir de crachats. Au sommet gauche, on note un peu de matité; l'expiration semble prolongée, et on entend quelques bouffées de râles fins. Cependant nous n'osons pas affirmer l'existence de lésions tuberculeuses.

Nous n'avons pas pu rechercher les bacilles, à cause du défaut d'expec-

toration. Pas d'anomalies du côté du système nerveux. La rate est augmentée de volume; le foie dépasse un peu les fausses côtes. Les muqueuses sont saines, l'état général mauvais.

On traite aussitôt le malade par les frictions avec le savon mou au calomel, que nous avons substitué à l'onguent napolitain d'après les indications de Wastrowesky. Comme les urines émises furent utilisées pour la recherche du mercure, nous ne pûmes pas dès le début faire une analyse convenable. Enfin, on suralimente le malade.

Depuis lors, l'état général s'est considérablement amélioré; la toux a diminué; l'appétit est excellent, et le malade est en bon état.

L'éruption a un peu pâli sur les bras et le thorax. Elle est encore bien peu modifiée sur le reste du corps, où elle garde sa teinte purpurique; seulement, toutes les taches sont, à ce niveau de la peau ambiante saine, couvertes d'un épiderme brillant et gaufré qui trahit une régression cicatricielle active, mais que l'extrême importance des désordres des tissus dermiques rend bien longue et bien difficile à opérer.

Gommes tuberculeuses de la main consécutives à des injections hypodermiques.

Par M. le Dr E. LEGRAIN.

Sur la photographie qui est présentée à la Société, se voient, à la face palmaire de la main droite de la malade qui fait le sujet de cette observation, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, deux petites tumeurs de la grosseur d'un pois : ce sont des gommes tuberculeuses hypodermiques survenues dans les conditions suivantes :

Le 3 avril 1893, la malade, âgée de 38 ans, de bonne santé habituelle, quoique anémiée par un long séjour dans les pays chauds, est piquée par un scorpion, à la paume de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. L'état général étant grave et les douleurs excessivement intenses, on fit immédiatement, de chaque côté de la piqûre, une injection hypodermique de quelques gouttes d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 200, sans désinfection préalable de l'aiguille.

L'aiguille de Pravaz employée avait servi trois heures auparavant, environ, à faire plusieurs injections hypodermiques de gaiacol iodoformé entre les épaules, à un homme suspect de tuberculose, qui ne présentait guère à cette époque que des sueurs nocturnes et une expiration prolongée aux deux sommets, sans bacilles dans les crachats (la tuberculose a d'ailleurs été nettement confirmée dans la suite par des poussées aiguës et finalement la présence de bacilles dans les crachats).

Vers le commencement de juillet, c'est-à-dire trois mois après, la malade en tenant une bouteille dans la main, ressent une légère douleur à la pression, à l'endroit de la piqûre, et en palpant, perçoit deux petites tumeurs.

A ce moment, il n'existe encore aucune saillie à la surface de la peau,

aucune modification dans la couleur des téguments. La palpation seule dénote deux petites nodosités du volume d'un petit pois, sans connexion avec la face profonde de la peau, dures, à peu près indolores. Ces tumeurs sont parfaitement distinctes l'une de l'autre.

Puis, leur volume augmente sensiblement et, sept mois après la piqûre, elles rejoignent le derme, avec lequel elles font corps, tout en restant d'ailleurs bien isolées l'une de l'autre. La peau, qui jusqu'alors n'avait pas présenté de modifications notables, s'amincit et devient livide au niveau des deux tumeurs. Toutefois, il est impossible de percevoir la moindre fluctuation lorsque la malade consent, le 20 décembre, à se faire opérer.

Ablation des deux tumeurs et de la peau correspondante par deux incisions semi-circulaires et cautérisation de la plaie au thermocautère.

La coupe des deux petits nodules montre leur centre occupé par une petite masse caséeuse du volume d'une tête d'épingle où l'examen bactériologique y démontre la présence *d'assez nombreux* bacilles de Koch, au milieu d'un magma granuleux et de débris cellulaires. Quelques bacilles se voient encore à la périphérie, infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires avec un certain nombre de cellules géantes.

Telle est l'histoire d'une tuberculose gommeuse cutanée inoculée accidentellement.

Les gommes tuberculeuses ont évolué ici d'une façon classique. Développées chacune au niveau d'une piqûre par une aiguille infectée, trois mois se sont écoulés avant que la palpation ait pu les déceler. Ces tumeurs, d'abord nettement hypodermiques, se sont peu à peu rapprochées du derme et l'ont envahi ; l'ablation les a démontrées en voie de ramollissement dix mois après l'inoculation.

M. Barthélemy. — Je rapprocherai un fait que j'ai pu observer d'inoculation tuberculeuse ayant envahi le lobule de l'oreille et consécutive à la perforation du lobule pour le port de boucles d'oreilles. Pour obtenir la guérison, je dus avoir recours à la cautérisation ignée.

Le secrétaire,

F. Verchère.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 3 mai 1893.

PRÉSIDENCE DE M. NEUMANN.

Gommes syphilitiques.

M. LANG présente une femme de 46 ans atteinte de cicatrices sur l'épaule droite et les parties avoisinantes du bras, incontestablement consécutives à des ulcérations syphilitiques. Il y a quelque temps cette femme se présenta avec des lésions récentes sur le bras droit; en même temps elle accusait des douleurs dans le petit doigt et le doigt annulaire du même côté. A un examen plus attentif on trouve une tumeur non mobile du triceps. En réalité on sent actuellement deux tumeurs; au moment de son entrée ces deux tumeurs se sont réunies en une seule. Correspondant au nerf cubital, il existe également un infiltrat qui explique les douleurs du petit doigt et de l'annulaire. Les douleurs disparurent au bout de quelque temps, et il resta encore quelques fourmillements, indice d'une affection des nerfs. En outre il y avait deux infiltrats provenant d'injections sous-cutanées. L'infiltrat gommeux proprement dit correspond très évidemment au nerf cubital, sur lequel on peut suivre sur une grande étendue un épaississement fusiforme. Il s'agit dans ce cas d'une gomme musculaire du triceps, d'une deuxième gomme sous-cutanée, en partie aussi en connexion avec les fascias et d'une gomme située sur le trajet du nerf cubital. Il faut ajouter que les fourmillements ont presque complètement disparu sous l'influence du traitement, bien que l'on puisse reconnaître encore distinctement l'infiltrat gommeux.

M. NEUMANN. — Le triceps est, après le biceps, le muscle le plus fréquemment atteint de syphilis ; mais en général ces infiltrats diffus, ces gommes sont rares. La névrite proprement dite est une affection plus rare, toutefois le nombre des observations est devenu dans ces dernières années plus considérable. Tout récemment l'orateur a observé à la clinique trois cas semblables.

L'un a été publié par Ehrmann; c'était une névrite aiguë, dans laquelle l'atrophie musculaire s'était un peu améliorée par suite d'un traitement antisyphilitique ; il a revu ce malade, deux ans après, l'atrophie musculaire était la même, mais les douleurs avaient disparu complètement. Un deuxième cas avec épaississement du nerf cubital, suite de syphilis héréditaire, concernait une fillette de 13 à 14 ans. Quant au troisième cas, l'orateur ne se rappelle rien de spécial en ce moment. Dans ces dernières années, on a observé des affections de même nature sur le nerf

ischiatique (pour sa part il en a vu 5 ou 6 cas). L'affection commence avec l'éruption, persiste après la disparition de cette dernière pendant des semaines et des mois et ne s'améliore que longtemps après.

M. Ehrmann. — Il s'agit ici en réalité d'un épaississement le long du nerf cubital, non d'une névrite parenchymateuse, mais d'une périnévrite, car seuls les muscles interosseux les plus externes sont très légèrement atrophiés et leur fonction n'a que fort peu souffert. La malade peut assez bien écarter les doigts, le muscle cubital fonctionne régulièrement, les autres muscles innervés par le nerf cubital ne sont pas atrophiés; les troubles concernent plutôt les fonctions sensitives que les motrices. Toutefois le diagnostic différentiel est un peu délicat. Mais Ehrmann tient à faire remarquer que dans les névrites vraies il se fait difficilement une restitution in integrum, car il reste toujours des atrophies. Dans le cas actuel, l'orateur croit que la fonction motrice se rétablira complètement et même que l'atrophie disparaîtra. Il voudrait demander si on a essayé l'électricité pour établir le diagnostic; selon l'orateur, on aurait un point de repère très important pour savoir s'il s'agit véritablement d'une névrite parenchymateuse ou d'une périnévrite.

M. Lang. — L'examen électro-diagnostique n'a pas encore été fait. Même ici la division des fibres sensitives et motrices n'est pas si nette qu'on puisse expérimentalement démontrer que dans les maladies du névrilemme il n'y a que des déviations de la sphère motrice. Il s'agit du degré et de la durée de la maladie. D'ailleurs les infiltrats syphilitiques peuvent aussi se résorber complètement; pourquoi n'en serait-il pas de même dans une maladie des muscles ou des nerfs?

M. Ehrmann. — L'expérience apprend que, à la suite de la compression, les fonctions motrices ne reviennent pas complètement, les fonctions sensitives plus facilement. Physiquement, les nerfs sont naturellement atteints d'une manière tout à fait semblable, mais au point de vue physiologique ils réagissent différemment sous l'influence d'une seule et même action nocive. De plus, il s'agit dans une névrite non seulement de compression mais d'une dégénération parenchymateuse du cylindre-axe.

Dans ces cas, il y a plutôt une infiltration du périmètre qu'une dégénérescence du cylindre-axe. Les différences ne roulent que sur la quantité et non sur la nature de la maladie.

Dans le cas que l'orateur a décrit il s'agit moins d'une périnévrite que d'une névrite.

Il est exact que les infiltrats se résorbent complètement, mais on ne sait pas si les altérations des fibres nerveuses reviennent de la même manière. Dans une périnévrite les altérations des fibres nerveuses sont légères, l'infiltration plus étendue; le contraire existe dans la névrite parenchymateuse.

M. Lang. — Les maladies des nerfs et des organes des sens subissent dans de certaines conditions souvent une restitution entière. Mais cela dépend toujours de la durée et du degré de la maladie.

M. Neumann. — On n'a pas fait d'examens microscopiques des nerfs dans la syphilis. Une périnévrite sous forme d'une gomme est un fait unique. On est donc forcé de conclure, par analogie, que dans ce cas il

y a une périnévrite. On trouve par exemple dans l'herpès zoster, entre les fibres nerveuses isolées, les produits d'inflammation et cependant dans ces points la sensibilité en est plus altérée. Parfois aussi il survient des troubles moteurs consécutifs à des constrictions cicatricielles des fibres motrices. La délimitation ici n'est certainement pas nette.

M. Ehrmann rappelle que, il y a un an, il a présenté à la Société un cas d'herpès zoster avec paralysie complète de la sensbilité de la région des nerfs atteints. L'analgésie ne s'est presque pas améliorée dans le cours ultérieur de la maladie. Dans un autre cas il a toujours existé un certain degré d'anesthésie.

Réinfection syphilitique.

M. Lang montre un autre malade qu'il a déjà présenté à la Société. En septembre 1893, infection syphilitique ; ce malade fut traité en dehors de chez lui, probablement avec des injections sous-cutanées. Il survint une stomatite ulcéreuse pour laquelle ce malade est entré au mois de février dans le service de l'orateur. On put constater alors très clairement les résidus de la roséole datant de la première infection. La stomatite fut guérie. Au milieu de février, il se produisit sur la lèvre inférieure une papule volumineuse exulcérée ; à ce moment, il remarqua qu'on pouvait facilement la considérer comme une affection initiale, ce qui, à son avis, n'était pas exact. Sous l'influence du traitement local la papule rétrocéda. Il y a quelques jours, le malade est revenu avec une roséole de forme annulaire. Bien que l'orateur compte parmi ceux qui admettent la possibilité d'une réinfection, parce qu'il a vu un grand nombre de cas semblables, il tient à faire remarquer à propos de ce cas qu'il faut être très prudent dans l'appréciation des cas de réinfection.

Utérus biloculaire.

M. Neumann présente une malade ayant un utérus biloculaire. La portion vaginale est augmentée de volume dans son diamètre transversal, elle a une forme ovale allongée, il y a deux orifices dont le plus long diamètre est dirigé d'avant en arrière. La cloison entre ces deux orifices a presque un demi-centimètre de large. De chaque orifice sort un bouchon hyalin. Muqueuse du col rouge pâle. La position de l'utérus est dans son ensemble normale. La sonde utérine indique l'existence d'une cloison médiane. Ovaires et trompes à l'état normal. Dans le vestibule du vagin, débris d'une cloison vaginale.

Les utérus doubles se produisent, quand deux canaux de Müller existent complètement : 1° Quand les canaux de Müller ne se réunissent pas (bicornité) ; 2° quand les canaux de Müller se réunissent il est vrai extérieurement, mais qu'à l'intérieur la cloison de séparation ne disparaît pas (bilocularité).

Dans ce dernier cas, il faut remarquer que la cloison de séparation peut exister complètement : utérus cloisonné ou utérus biloculaire double. La cloison de séparation du vagin s'étend dans ce cas jusqu'en bas ou manque complètement, de telle sorte que la séparation ne va que jusqu'au

col. Si l'utérus n'est pas entièrement séparé, de sorte que la cloison de séparation n'existe qu'à l'état rudimentaire, on désigne cette forme sous le nom d'utérus sous-cloisonné. Plus souvent il n'existe qu'un pli de longueur variable qui pend du fond de l'utérus. Comme disposition très rare, on trouve deux orifices de l'utérus — utérus biforis — et une cavité utérine unique.

Leucodermie généralisée.

M. Neumann présente, en outre, une malade, syphilitique depuis cinq ans, atteinte de leucodermie généralisée et de gommes cutanées; le tégument externe tout entier est très pigmenté sur le dos et dans la région lombaire, taches pigmentaires encore plus foncées, ainsi que cicatrices consécutives à des poux. Sur les parois latérales du thorax et de l'abdomen, plaques apigmentées, molles, minces, élastiques, dont la dimension atteint celle d'une pièce de 50 centimes; bon nombre d'entre elles présentent au centre une tache brune. Sur la face dorsale des membres inférieurs au voisinage des creux poplités, efflorescences recouvertes de croûtes et de squames, dont le volume dépasse celui d'une lentille, rouge brun, isolées ou groupées, au-dessous le chorion est sanguinolent. Sur les débris de l'hymen, on voit encore les traces d'une cloison.

M. Lang rappelle que, à l'occasion de la présentation par Neumann d'un hymen cloisonné, il parla d'un cas où il avait constaté la présence d'une cloison dans le vagin avec deux utérus. Il a actuellement dans son service une femme avec l'anomalie suivante : de la paroi vaginale supérieure, une cloison incomplète se dirige vers la paroi inférieure en avant et en arrière. Cette malade avait trois scléroses, dont une à l'entrée du vagin, la deuxième entre le point d'adhérence de la cloison et de la paroi vaginale droite, la troisième dans le cul-de-sac. Les lésions de ce genre sont, surtout au point de vue de la police sanitaire, particulièrement importantes, car elles peuvent cacher certaines formes d'ulcérations.

Séance du 17 mai 1893.

Présidence de M. Neumann.

Molluscum contagieux.

M. Nobel montre le cas qui a été présenté par Lang le 8 mars comme une nouvelle preuve de la contagiosité du molluscum contagieux. Huit jours après la présentation, l'orateur a fait une inoculation à l'avant-bras; après une incubation d'environ deux semaines, il survint sur deux points d'inoculation des efflorescences que cliniquement on considéra comme des mollusca contagieux. L'inoculation intra-épithéliale fut faite sur le bras avec la matière provenant des mollusca du pénis. On exprima les efflorescences les plus récentes, on enleva ensuite par le raclage les couches épidermiques supérieures et après avoir frotté la matière à inoculer sur la peau irritée on appliqua un pansement avec la soie. Quatre

semaines après l'inoculation apparurent des élevures punctiformes et ce n'est qu'aujourd'hui, au bout de neuf semaines, que l'on a constaté les efflorescences typiques.

M. Lang. — D'après l'aspect et le groupement de ces mollusca, il avait conclu qu'il s'agissait bien ici d'un ensemencement qui établissait la contagion. Quelque intéressantes que soient ces inoculations, il faut les varier beaucoup, notamment pour savoir si des individus atteints de mollusca contagieux, peuvent en être affectés à la suite d'une simple lésion de la peau.

M. Ehrmann a cité au Congrès de Leipzig quelques cas de diffusion d'un molluscum par le pansement. Il a signalé un cas semblable au Congrès de Vienne. Relativement au cas actuel, il a conseillé à Nobel avant l'inoculation de la faire dans l'épiderme et non au-dessous, parce que autrement les germes périssent. Il cite un cas de molluscum sébacé à la racine du pénis et de blennorrhée simultanée ; cet homme contracta ensuite des poux du pubis longtemps après la guérison de son écoulement ; mais il eut une grande quantité de mollusca sébacés disposés en séries, de sorte que l'orateur trouva sur une coupe de microtome 3 à 4 mollusca et même davantage. Sur la coupe transversale il y avait encore dans le voisinage des processus de prolifération dans l'épiderme. On y voit les corpuscules décrits par Neisser dans le mucus de Malpighi. Ici ils se trouvent vraisemblablement aussi dans des conditions plus favorables et par suite se multiplient.

M. Nobel. — L'inoculation, autant qu'il puisse le savoir, a toujours été intra-épithéliale, jamais sous-épithéliale, dans le premier cas seulement avec un résultat positif.

M. Neumann a vu aussi le cas présenté par Pick. Depuis Retzius c'était le premier cas certain de molluscum contagieux. Retzius, qui était un observateur très distingué, a fait pénétrer par friction le molluscum dans la peau qu'il a recouvert avec un verre de montre et inoculé de la sorte. Bien que la contagiosité du molluscum soit toujours contestée, on pourrait la déduire de l'observation clinique, surtout chez les enfants et les nourrices. L'orateur cite une famille, où une mère avec deux jumeaux qu'elle nourrissait, contracta au sein le molluscum de l'un d'eux et infecta le second jumeau. Il rectifie à ce propos un fait historique; on a toujours attribué au Dr Jakobowitsch, qui a publié, un peu après 1830, une brochure soi-disant sur le molluscum contagieux, de l'avoir fait connaître chez nous. Or, il y a plusieurs années Jakobowitsch lui a donné un travail duquel il résultait qu'à cette époque il n'avait nullement décrit le molluscum mais des verrues séniles.

M. Hèbra dit que ce serait le moment d'établir une meilleure nomenclature. Le nom de molluscum contagieux était mal choisi tant qu'on ne croyait pas à la contagiosité ; en outre le mot molluscum désigne tant de choses qu'il est impossible de s'en faire une idée nette. Plus tard, lorsqu'on croyait encore que tout procède des glandes sébacées, on choisit le nom de molluscum sébacé. Il y a dix ans l'orateur a essayé d'introduire la dénomination d'acanthome verruqueux, puisque la prolifération part de la couche des cellules épineuses.

M. Ehrmann. — On aurait à choisir entre deux noms, celui proposé par Hébra et celui d'épithélioma indiqué par Neisser d'après la proposition de Czokor.

M. Lang serait d'avis de constituer dans la Société un comité pour s'occuper de la nomenclature ; on pourrait créer peut-être aussi des noms pour les dermatoses qui jusqu'à présent n'ont pas de dénomination spéciale et toucher à la question du lichen ruber plan et acuminé. A cette occasion il rappelle que la Société a pris l'initiative de présenter ici tous les cas de lichen ruber plan ou acuminé, ce qui permettra d'arriver à une appréciation claire. Jusqu'à présent on n'a pas vu ici de cas où à côté d'un lichen ruber plan il serait survenu aussi un lichen acuminé.

M. Neumann. — Il y a des mollusca qui certainement ne sont pas contagieux et où cliniquement il n'est pas possible de distinguer entre le molluscum sébacé et le molluscum contagieux. Il se souvient d'une femme qui pendant sa grossesse eut un violent vomissement, en quelques heures toute la peau de la face fut recouverte de petites nodosités folliculaires étendues avec dépression centrale. Des mollusca de ce genre peuvent aussi survenir à la suite de fortes congestions pendant le bain de vapeur. Le petit nombre de résultats positifs d'inoculation ne permet pas encore de modifier convenablement la classification sur ce point.

Sarcocèle syphilitique.

M. Mracek rapporte un cas qui est intéressant en raison de l'apparition précoce d'un sarcocèle syphilitique. Il s'agit d'un homme robuste, âgé de 26 ans, chez lequel existait comme caractères typiques d'une infection datant d'un an et demi, une syphilide maculeuse à larges plaques, un engorgement généralisé excessif des ganglions, une anthroméningite modérée et un sarcocèle unilatéral. Le malade était pâle et accusait une céphalée nocturne typique. D'ailleurs pendant le traitement qui dura cinq semaines, on ne trouva ni une trace de blennorrhagie ni un signe de tuberculose. Sous l'influence du traitement spécifique (25 frictions), le sarcocèle ainsi que tous les autres symptômes diminuèrent. L'orateur signale dans ce cas comme particulièrement digne d'attention l'apparition précoce du sarcocèle outre les phénomènes secondaires d'irritation.

M. Finger, sous le nom de sarcocèles, on désigne au point de vue anatomique deux processus différents, l'orchite diffuse, l'orchite gommeuse circonscrite. La première forme, celle du cas actuel, est une affection de la période irritative et qui se développe relativement de bonne heure, de 6 à 8 mois après l'infection, même sans qu'il existe une irritation uréthrale. La forme gommeuse apparaît d'ordinaire sensiblement plus tard, à côté des symptômes tertiaires. Ceci est vrai aussi de cette forme mixte qui est une gomme dans un tissu présentant une infiltration interstitielle diffuse. Mais le sarcocèle interstitiel peut également apparaître relativement tard. La semaine précédente l'orateur a vu un malade qui avait contracté la syphilis en 1878 ou 1879. Le sarcocèle irritatif n'est pas rare dans la syphilis héréditaire, il survient déjà chez des garçons de six mois, et c'est généralement la forme la plus fréquente.

M. Ehrmann est dans l'ensemble d'accord avec Finger. Reste la déno-

mination. Pour la forme gommeuse, il ne voudrait pas du nom de sarcocèle, il le réserverait seulement pour la prolifération interstitielle de tissu conjonctif entre les cônes vasculaires. Dans la plupart des cas de sarcocèle pur on peut faire le diagnostic différentiel. Le testicule prend le caractère piriforme, avec le pédicule dirigé vers l'anneau inguinal, comme preuve que certainement le tissu conjonctif est encore infiltré entre la tête de l'épididyme et le canal déférent.

L'orateur a vu à plusieurs reprises ces formes dans la première année de la syphilis, mais aussi dans un cas, vingt-cinq ans après l'infection. On peut mettre ces observations en parallèle avec certaines proliférations qui apparaissent dans les phases tardives de la syphilis, tuméfactions considérables des lèvres sans ulcération, lesquelles cèdent au traitement antisyphilitique. Dans ces cas il n'y a ni fluctuation, ni ulcération, ni ramollissement, ces épaississements ne sont pas nettement circonscrits. Eichhorst a récemment décrit un état presque analogue sous le nom d'éléphantiasis syphilitique. Chez son malade les symptômes ne disparurent pas, contrairement à ce qu'on observe dans les cas ordinaires, tandis que toutes les variétés de sarcocèle sont modifiées favorablement par l'iodure de potassium ou la décoction de Zittmann.

M. Neumann. — Les orchites diffuses s'observent surtout dans les cas récents ; à la clinique de l'orateur les sarcocèles coexistent dans la plupart des cas avec des formes pustuleuses. La forme gommeuse est naturellement une affection tardive.

M. Mracek n'a voulu que signaler l'apparition précoce de l'inflammation interstitielle du testicule. Les processus irritatifs, notamment dans les cas héréditaires, sur les organes internes où des callosités surviennent, doivent être séparés strictement des gommes. Sous ce dernier nom on entend un néoplasme limité avec les stades de dégénérescence typiques et la marche caractéristique. Le syphilome hypertrophique diffus est au contraire une néoformation du tissu, qui n'a pas la structure nodulaire circonscrite de la gomme, mais représente plutôt un infiltrat étendu en forme de plaque sur une base syphilitique. La dénomination que l'orateur a acceptée des auteurs français désigne très nettement cette forme de syphilis que, anatomiquement et cliniquement, il faut séparer de la gomme. Il y a lieu par suite d'établir une distinction entre les processus qui déterminent la production de tissu conjonctif et de scléroses sous forme diffuse, les néoplasmes gommeux, et le syphilome hypertrophique diffus.

M. Finger. — Il serait à propos de supprimer l'ancienne dénomination de sarcocèle. Le cas qui a été présenté aujourd'hui était une orchite diffuse, celui décrit par Mracek une orchite et une périorchite diffuses. Anatomiquement il est possible de différencier les formes interstitielles des formes gommeuses ; cependant on trouve dans les cas anciens des processus gommeux très rarement dans le tissu tout à fait sain, mais en général dans un tissu déjà atteint d'infiltration interstitielle. La gomme n'est dans ces cas que le caractère le plus saillant, on trouve toujours des infiltrats diffus autour de la gomme. Il faut être très réservé relativement à la guérison des formes diffuses. Dans les cas tout à fait récents les sarcocèles guérissent peut-être quelquefois aussi sans mercure ; mais il ne faut pas toujours

regarder les diminutions de l'organe qui se produisent comme un retour à l'état normal, il peut ne se produire qu'une simple rétraction, par exemple dans le testicule, dans la peau, partout où un processus diffus de ce genre s'est établi.

M. Mracek n'a pas supposé qu'une gomme pouvait exister dans le tissu normal (il n'en est jamais ainsi); seulement ce qui prévaut c'est la gomme et à la périphérie il se fait une prolifération interstitielle.

Épithéliome et psoriasis diffus.

M. Neumann présente un homme qui, en 1888, 1889 et 1890, était dans le service de Kaposi, en 1891 chez Mracek, en 1892 chez Richl et il y a quelques jours vint chez lui. Sur la lèvre inférieure, il y a un épithéliome, en même temps un psoriasis diffus.

Cette coexistence est intéressante relativement à une question soulevée et discutée dans une séance précédente, à savoir si des plaques de psoriasis ne peuvent pas se transformer en épithéliome.

Sarcome pigmentaire multiple idiopathique.

M. Kaposi rappelle un cas de même nature que celui qu'il a déjà présenté, où il existait sur la face dorsale des mains et des pieds une infiltration dure, tandis que les papules étaient encore peu développées, mais sur l'oreille et les fesses il y avait déjà des nodosités. Actuellement de nouvelles tumeurs sont survenues, cependant le malade se sent notablement mieux.

Sarcome pigmentaire, etc.

M. Kaposi présente un cas semblable au précédent, chez lequel, bien que la maladie soit tout à fait à son début, il est cependant possible de poser le diagnostic. Il s'agit d'un pharmacien de 23 ans. On voit sur les pieds le commencement de la maladie, cet œdème très dur, spécial, au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne ; sur les jambes, le bord interne des pieds, outre les nodosités caractéristiques du volume d'un pois et plus, les plaques en forme de plateau, quelques-unes avec une teinte rouge bleu, consécutives à des hémorrhagies capillaires, plaques qui desquament et sont déprimées au centre ; nodosités sur le gros orteil et à la racine des orteils. Sur le bord interne du pied, conglomérat verruqueux, inégal, recouvert d'épiderme corné, désagrégé à la surface. Sur le pied gauche outre l'épaississement éléphantiasique, le centre des plaques est déprimé : donc, type complet du sarcome pigmentaire multiple idiopathique. Sur la jambe gauche, quelques papules rouge bleu, isolées ; sur les mains, rien encore en apparence ; toutefois à un examen attentif on aperçoit sur le poignet gauche quatre à cinq points un peu rouge bleu brillant dont la dimension dépasse à peine celle d'une tête d'épingle, une plaque de même nature sur la main droite. Toute la maladie existe depuis quinze mois.

L'arsenic a eu une influence favorable sur des cas semblables. L'orateur parle aussi d'un malade, primitivement dans le service de Mosetig, et qui présentait des saillies de la peau à peine appréciables, des plaques rouge rose et rouge bleu, au toucher donnant l'impression d'infiltrats

profonds disposés en séries en forme de gâteau aplati. Hier aussi, il est venu à la clinique un malade avec une affection tout à fait analogue qui a eu une terminaison fatale. Outre les symptômes sur le tronc, il y avait encore une paralysie de l'oculo-moteur commun, de la dysphagie (occasionnée par la compression du larynx et de la trachée).

A l'autopsie, on trouva les mêmes productions qui, selon Paltauf, constituent des tumeurs pseudo-leucémiques, des amas d'éléments lymphoïdes accumulés dans les organes internes tels que l'orateur n'en a encore jamais vus; péritoine indemne, glandes thyroïdes très hypertrophiées, le lobe droit déterminant le rétrécissement de la partie inférieure de la trachée. Le péricarde et le myocarde tout entier étaient parsemés de tumeurs du même genre, petites et diffuses, confluentes, qui donnaient à l'ensemble un aspect lardacé.

Les poumons étaient indemnes. Par contre, infiltrats analogues autour des rameaux de la veine porte. Tumeur aiguë de la rate. Les reins ainsi que les ganglions rétro-péritonéaux sont remplis d'innombrables nodosités. La luette et les parties adjacentes du voile du palais sont fondus ensemble et forment une masse ayant plus de l'épaisseur du doigt.

Érythème toxique. Pityriasis rubra pilaire ?

M. Kaposi présente en outre une femme malade depuis quatre semaines; au moment de son admission la face était aussi squameuse et plus rouge. Il existait dans les régions axillaires des papules très saillantes, actuellement elles sont plutôt aplaties et rouge pâle ; elles se transformèrent en petits follicules, bleus au centre ; des efflorescences primaires analogues dont la dimension dépassait de beaucoup celle de la paume de la main étaient disséminées sur des régions entières du corps. Défurfurations partant de quelques foyers au centre, minces et lamelleuses vers la périphérie. Sur d'autres régions, papules analogues à celles du lichen ruber. Le processus a envahi toute la peau, la région des cuisses est déjà tout à fait lisse. L'orateur ne peut pas faire de diagnostic. Cet état rappelle surtout l'aspect de certaines formes d'érythème de nature toxique, par exemple, les exanthèmes médicamenteux.

A la paume des mains et sur les doigts, l'épiderme est calleux, fendillé. A la suite de l'intoxication quinique, on peut également voir de ces exfoliations épidermiques considérables tout à fait semblables à des doigts de gant. L'orateur pourrait désigner cette affection tout au plus comme un érythème dans l'acception la plus large du mot ; il croit d'ailleurs qu'elle évoluera spontanément comme un érythème ; si ses collègues ne donnent pas un autre avis, il prescrira un traitement indifférent.

Ce cas lui rappelle le fils d'un marchand de viande fumée présenté il y a deux ans, chez lequel il existait aux coudes des foyers érythémateux, sur lesquels se formèrent immédiatement des plaques épidermiques épaisses, sur lesquelles se développa les jours suivants une espèce de lichen pilaire. L'arsenic a donné chez ce malade un bon résultat, après quatre mois de traitement.

M. Neumann. — Le cas actuel ressemble à un exanthème quinique ou à un lichen ruber acuminé anormal ou encore à un pityriasis pilaire. En

faveur de l'exanthème quinique, il y aurait la rougeur diffuse et la tuméfaction; il existe constamment dans les exanthèmes de ce genre, notamment dans la région lombaire, des taches bleuâtres. Il serait difficile d'admettre une marche aussi aiguë pour un lichen acuminé.

L'orateur ne connaît qu'un seul cas où, par suite d'une pneumonie ayant duré quinze jours, un lichen ruber se termina par la mort. Il faut observer chaque cas pour savoir s'il ne s'agit pas aussi d'un lichen pilaire.

M. Kaposi ne voudrait pas considérer ce cas comme étant un exanthème quinique, il ne serait disposé qu'à admettre un érythème toxique. Relativement au pityriasis rubra pilaire, il réserve son opinion.

Il ne s'agit pas d'un lichen ruber. Il a trouvé seulement que le cas ressemblait à certains érythèmes dans lesquels, outre les symptômes ordinaires, il y a encore des érythèmes folliculaires, d'où résulte une espèce de lichen pilaire, mais avec de la rougeur; les papules peuvent aussi devenir bleues et quand elles sont en grand nombre se réunir en groupes.

M. Mracek est complètement d'avis qu'il s'agit vraisemblablement d'un érythème toxique, il demande seulement s'il y avait ou non des troubles généraux, des troubles dans les excrétions.

M. Kaposi. — La malade sait seulement qu'elle est devenue rouge, que le processus s'étendait et qu'elle avait une sensation de brûlure. L'affection commença sur l'abdomen. Par l'expression « érythème toxique », l'orateur entendait aussi les érythèmes autotoxiques, provenant d'exsudats. Il se rappelle plusieurs cas de ce genre à marche aiguë.

Sur la proposition de M. Neumann, on décide que cette séance sera la dernière de l'année scolaire. A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 14 novembre 1893.

Président : M. Lassar. — *Secrétaire :* M. Saalfeld.

Déformations des os par syphilis congénitale.

M. Joachimsthal présente un garçon de 8 ans, le quatrième et dernier enfant de ses parents. Le père mourut d'une paralysie progressive, la mère est bien portante et n'a jamais eu de fausse couche. Une sœur est sourde-muette, une autre presque aveugle par suite d'une amblyopie congénitale des deux côtés. Après la naissance du garçon présenté, on observa, d'après la mère, un exanthème, une affection du nez et une sécrétion purulente des oreilles. Peu à peu différentes enflures douloureuses des os se montrèrent et le garçon fut amené au mois de mars de cette année à la polyclinique de chirurgie orthopédique de l'Université. Il était extrêmement pâle et maigre, sa musculature peu développée. Les organes internes étaient libres de tuberculose, seulement on constata un petit gonflement de la rate ; les glandes cubitales, cervicales et inguinales étaient légèrement tuméfiées, les dents en partie défectueuses ne présentaient pas de déformations de Watchinson. Du côté gauche il y avait une perforation de la membrane tympanique et une sécrétion purulente et fétide.

Les bosses frontales étaient très proéminentes et la circonférence de la tête très augmentée. Ce qui était surtout remarquable, c'était les difformités des avant-bras et des parties inférieures des cuisses. A droite, la partie supérieure du tibia était très enflée, élargie et douloureuse, tandis qu'à gauche, le péroné surtout montrait les mêmes symptômes. Le cubital droit était aussi gonflé dans le milieu; de même le radius dans sa partie inférieure est très douloureux. De même il y avait une courbure remarquable convexe de l'avant-bras vers le radius, de sorte que celui-ci était allongé dans sa partie inférieure. De cette manière, la main se trouvait dans une position dite varus, de sorte que l'axe tiré par le doigt du milieu différait à peu près de 30 centim., si le garçon tenait sa main dans la position ordinaire. Sur le côté gauche, les rapports étaient semblables mais encore plus développés. Outre un gonflement assez fort du radius et du cubital, le mouvement de l'articulation cubitale était difficile, de sorte que la pronation et la supination ne pouvaient être exécutées qu'avec des douleurs intenses. La musculature était atrophiée et dans un état pseudo-paralytique.

Par l'usage de l'iodure de potassium et de bains de sublimé, l'état du garçon fut beaucoup amélioré. Il fréquente maintenant l'école et prend part aux exercices gymnastiques. Il y a encore du gonflement des épiphyses, mais elles sont très diminuées et peu sensibles. Aussi la position de la main est meilleure. Les extrémités inférieures montrent les mêmes améliorations. La diagnose, bien sûre à présent, faisait d'abord de grandes difficultés. Le manque de lésion tuberculeuse des organes internes, le siège, les difformités, leur longue durée sans amollissement, tout cela parlait contre une tuberculose. De même on ne pouvait penser à l'ostéite déformante décrite par Paget en 1876, puisque cette affection prend les adultes et siège en outre au crâne, au bassin et à la colonne vertébrale. Mais l'idée d'une maladie du sang avait plus de vraisemblance, surtout que Nothnagel a décrit une affection semblable sous le nom de *lymphadenitis ossium*, qui fut mortelle et dont l'autopsie fit trouver des altérations de la moelle des os. Mais l'examen du sang fait dans le cas présenté par M. Engel n'appuyait pas cette idée. La couleur était claire, le titre de l'hémoglobine était de 70 p. 100 au lieu de 100, le nombre des globules rouges de quatre un quart au lieu de cinq millions, le rapport des globules blancs aux globules rouges était 1 : 5,000, les cellules éosinophiles étaient de 4 p. 100 au lieu de 2 p. 100, il n'y avait pas de myélocytes, pas de lymphocytes non développés, pas de globules rouges sans noyau. Le cas présenté parle contre l'opinion de Loos, qui suppose un rapport dans la syphilis héréditaire entre l'augmentation des cellules éosinophiles et les exanthèmes spécifiques.

Zappert a démontré du reste, dans les derniers temps, que chez les enfants le nombre des cellules éosinophiles est augmenté. Quant à l'allongement du radius, il faudra le ramener non seulement à un procès du périoste, mais aussi du cartilage de l'épiphyse.

Schede a décrit en 1877 au Congrès des chirurgiens allemands un cas semblable. Il s'agissait d'une fille de 15 ans avec une périostite chronique du tibia droit par suite de syphilis congénitale. Par l'augmentation de

l'accroissement, le tibia malade était de 8 à 9 centim. plus long que l'autre. Il est encore intéressant que le traitement améliora la position de la main sans qu'on eût besoin de recourir à une opération comme Schede l'a cru nécessaire chez sa malade.

M. Grimm a vu nombre de cas mal soignés de syphilis congénitale, parmi lesquels l'allongement des os n'était pas rare, tant qu'il s'agissait de l'âge infantile : 10 p. 100, à peu près, de ces malades n'avaient pas encore été soumis auparavant à un traitement. M. Grimm se souvient surtout d'un garçon de 9 ans dont le radius était de 9 centim. plus long que le cubital, de sorte que la luxation de la main était encore plus prononcée que dans le cas présenté.

Ichtyose vulgaire.

M. Lennhoff présente, de la polyclinique du professeur Litten, quatre enfants de mêmes parents atteints d'icthyose. Les deux plus âgés montrent les symptômes d'une manière très prononcée, les autres beaucoup moins. L'un de ceux-ci est muet de naissance, mais a l'ouïe normale et l'esprit peu développé. On ne saurait dire si cet état de mutité tient à une paralysie de la musculature du larynx. Les parents ne sont pas ichtyosiques, mais la grand'mère, un frère de la mère et trois enfants de celui-ci ont eu et ont encore la même affection de la peau.

Ichtyose acquise.

M. Lassar présente une femme qui, à part la rougeur de la peau, montre tous les symptômes d'une ichtyose non congénitale, mais acquise à l'âge adulte. Cet état s'est conservé pendant une série d'années sans changer d'aspect. M. Lassar mentionne encore un cas bien connu à beaucoup de collègues qui a été regardé comme un pityriasis rubra et qui s'est révélé plus tard comme ichtyose, cet homme ayant eu un enfant qui souffrait de la même affection. Cette forme acquise diffère de l'ichtyose vulgaire par la rougeur profonde de la peau sans cependant donner cause à quelque autre changement.

M. Saalfeld a aussi voulu présenter deux enfants de mêmes parents avec une ichtyose, mais ils sont tombés malades de rougeole. Les trois autres frères et sœurs sont tout à fait libres. M. Saalfeld a vu une certaine amélioration par l'emploi du thilanine.

M. Rosenthal croit que les enfants présentés démontrent nettement que le pityriasis simple est la forme la moins développée de l'ichtyose congénitale, puisque l'un d'eux montre cette affection de la peau, tandis que les autres sont ichtyosiques au plus haut degré.

M. G. Lewin constate qu'on n'a guère une raison de parler d'une ichtyose congénitale, puisque cette dermatose ne se montre que dans la seconde ou la troisième année de la vie. En outre, M. Lewin demande si les enfants ont eu une autre maladie infectieuse, car Hébra a vu assez fréquemment la guérison de l'ichtyose à la suite de rougeoles et de varioles.

M. Saalfeld répond que les enfants ont eu la rougeole, mais pas de fièvre scarlatine.

M. G. Lewin. — On a en outre fait l'observation que la maladie se propage

davantage sur les descendants mâles; ainsi dans la fameuse famille Lambert les filles étaient libres.

En outre M. Lewin a vu quelquefois l'ichtyose chez des laveuses de chambres et a remarqué que l'affection était surtout prononcée aux genoux, même chez des femmes qui n'ont pas cette occupation.

M. Blaschko n'est pas d'avis de donner la même dénomination à des affections tellement dissemblables. La vraie ichtyose, d'après son idée est une anomalie du germe et pas une maladie. De cette manière il se fait qu'une génération reste tout à fait libre ou que la maladie se propage en ligne oblique. On arriverait donc à une plus grande clarté si l'on réservait le mot « ichtyose » seulement à cette anomalie de l'épiderme.

M. G. Lewin croit qu'on pourrait désigner de cette manière presque toutes les maladies plus ou moins comme des anomalies du germe, mais il faudrait pour cela qu'elles se montrent immédiatement après la naissance. Les cas congénitaux d'ichtyose se restreignent à ces enfants dits de porcelaine comme M. Lassar en a montré, il y a quelque temps, un échantillon.

M. Oesterreicher trouve que la forme vulgaire de l'ichtyose est héréditaire, tandis que la forme congénitale mène toujours à une issue funeste.

M. Blaschko ne veut pas dénommer des affections tout à fait différentes du même nom. Les cas d'ichtyose congénitale dont M. Oesterreicher parle, sont des maladies intra-utérines de cause inconnue qui n'ont nul rapport avec l'ichtyose vulgaire. Dans cette affection il s'agit d'un état héréditaire homochrone, c'est-à-dire d'un état qui n'est pas congénital, mais qui est héréditaire.

M. Lennhoff ajoute que l'enfant qui montre l'affection le plus, a eu dès sa naissance la peau un peu rude, tandis que ce n'était pas le cas chez les autres. Ils ont eu tous la rougeole sans influence aucune. Les enfants du père montrent les mêmes symptômes dans un degré très minime, mais prononcé, surtout au-dessous des genoux, comme aussi leur père qui, comme il dit, n'a pas eu à travailler à genoux.

Acné necrotica.

M. Isaac présente un malade souffrant de cette affection depuis une année.

Il se forma sur les deux extrémités inférieures, avec accompagnement de fièvre assez intense, des ulcérations accompagnées de symptômes inflammatoires qui guérirent sans traitement. En été l'éruption se répéta et au commencement de l'hiver le malade eut une troisième poussée.

On voit sur les deux extrémités et sur le dos un grand nombre de petites cicatrices arrondies et profondes, comme taillées à pic. En outre, on remarque des furoncles et de petits nodules violacés, percés au centre et libres de symptômes inflammatoires. M. Isaac croit pouvoir exclure le lichen plan et la syphilis, et regarde l'affection comme une acné necrotica quoique les points de prédilection soient indemnes. La nécrose sèche, la forme, les poussées successives et la cicatrisation lui semblent soutenir cette diagnose.

M. Rosenthal est du même avis que M. Isaac. Entre les nombreux cas

d'acné varioliforme qu'il a vus, il a eu, il y a peu de temps, un cas semblable, dont la localisation était la même que dans le cas présenté. Les cicatrices et la pigmentation font reconnaître la longue durée de l'affection tandis que les nodules nombreux prouvent que l'éruption dure encore.

M. Bruck mentionne les cas décrits par Boeck qui ressemblaient en général au cas présenté.

M. Lassar se souvient que les malades de Boeck avaient, par suite de nombreuses ulcérations, un aspect beaucoup plus caractéristique. Il a eu l'occasion d'avoir à traiter un de ces malades et de se convaincre de cette manière par l'inspection de la description donnée par Boeck.

M. Bruck remarque que Boeck a dirigé surtout l'attention sur une couleur livide à l'alentour des points nécrotiques. En outre, Boeck appuyait que l'affection prend les parties nues du corps, ce qui n'est pas le cas chez le malade présenté.

Sur une nouvelle base de pommade.

M. Ledermann rapporte sur une nouvelle base de pommade qui a l'avantage de pouvoir traverser la peau sans de trop fortes frictions et d'y laisser une couche légère suffisante, pour empêcher l'accès de l'air. La vaseline et l'axonge n'entrent pas, comme on sait, dans la peau, et la lanoline, seulement après avoir été mêlée à des véhicules graisseux ou aqueux.

Cette base a reçu pour cette raison le nom de « résorbine », et appartient aux émulsions graisseuses, lesquelles permettent de diviser les molécules autant que possible.

La difficulté de la fabrication a été cause qu'on s'est servi jusqu'à présent si peu de cette méthode. La résorbine se fait d'après une méthode patentée avec de la pure huile d'amande et d'un peu de cire par une émulsion avec l'eau et à l'aide d'un pourcentage très minime de véhicules nécessaires mais innocents. L'onguent peut être mêlé avec toutes les graisses végétales et animales et reçoit par cela la consistance qu'on veut. Il est surtout avantageux d'ajouter un peu de lanoline. Quant aux qualités dermato-thérapeutiques, la résorbine pénètre facilement dans la peau, qui reste un peu graisseuse, de sorte qu'on peut aussi y joindre des médicaments différents sans pansement occlusif. Elle sert aussi comme onguent réfrigérant. Par conséquent on peut établir les indications suivantes pour son usage : dans toutes les hyper- et parakératoses, comme l'ichtyose et le pityriasis, et dans une certaine dureté de la peau comme dans la sclérodermie, etc. Elle se recommande en outre dans les dermatites artificielles, les ulcérations, les rhagades, dans l'incorporation de médicaments comme le naphtol et surtout dans le traitement de la gale, puisqu'on est en état de faire frictionner un malade sur tout le corps avec le baume du Pérou sans salir le linge ou sans incommoder le malade par un sentiment de graisse. La combinaison de la résorcine avec l'onguent napolitain a l'avantage de graisser la peau très peu, de s'incorporer très vite et d'avoir une odeur agréable, faiblement aromatique. L'inonction se facilite beaucoup parce que la résorbine dispa-

raît en peu de temps en laissant un miroir métallique mat. Si l'on attend quelque temps en laissant sécher l'onguent à l'air, on ne réussit plus, déjà après quinze minutes, à faire reparaître par des frictions continuées le moindre mercure. Mais si l'on ne cesse pas de frictionner après que le miroir s'est montré, on peut exprimer de nouveau le mercure, de sorte qu'il faut établir la règle de frictionner jusqu'à ce que l'onguent visible ait disparu et que le miroir métallique se soit montré. L'effet de cette préparation correspond à celui de l'onguent napolitain ordinaire.

M. Saalfeld a commencé à traiter avec cette pommade un malade, lequel a été très content.

M. Hellen demande le prix de cet onguent.

M. Ledermann. — A peu près le même que celui de la lanoline.

M. G. Lewin demande s'il faut employer la même quantité qu'avec la pommade ordinaire.

M. Ledermann répond que la pommade est faite exactement comme l'autre ; par conséquent 33 1/3 p. 100 de mercure.

M. Ledermann a fait employer chaque fois 3 kilogr.

M. G. Lewin demande à M. Ledermann s'il a observé l'effet du médicament sur les affections de la bouche par rapport à la salivation.

M. Ledermann a observé une légère gingivite une fois après la quatrième friction et une autre fois un peu plus tard.

M. G. Lewin demande si M. Ledermann a déjà observé par des expériences jusqu'à quelle profondeur le mercure entre dans la peau en en coupant de petits morceaux pour les examiner au microscope.

M. Ostermann demande si M. Ledermann a fait attention, si le nouveau médicament rancit.

M. Ledermann a vu des quantités qui ont été gardées pendant neuf mois sans que ce changement se soit fait remarquer.

M. Rosenthal a eu l'occasion de voir déjà auparavant les préparations de M. Ledermann. Elles lui ont fait, au point de vue thérapeutique, une impression très favorable. La pommade produit un sentiment rafraîchissant et disparaît bien vite par de légères frictions. Quant à la théorie de M. Ledermann, par rapport à la résorption de l'onguent napolitain, M. Rosenthal n'est pas du même avis, puisque aussi avec l'onguent napolitain ordinaire il faudrait faire reparaître le mercure par les frictions continuées.

M. Ledermann répond qu'après quinze minutes on ne réussit plus à faire revenir le mercure, en sorte que plus tôt il n'a pas encore pénétré assez profondément. Quant à l'onguent ordinaire, on ne peut en avoir un jugement clair parce qu'il reste toujours une couche de graisse sur la peau.

Érythème strié.

M. Lassar observa dans plusieurs cas des lésions singulières produites par le grattage, se caractérisant par une formation de stries couvertes de croûtes. Il vit par exemple un garçon qui montrait cette affection aux deux mains, laquelle débutait en périodes à peu près d'un mois. Il est clair qu'il s'agissait de certaines voies lymphatiques, qui sont visibles sur la photographie montrée par M. Lassar. Plus tard le garçon montra un érythème polymorphe.

Peu de temps après, une fille à peine adulte fait voir la même affection récidivant aussi en périodes. Plus tard elle revenait avec un érythème bulleux et croûteux, mais la formation de stries jouait toujours un rôle principal. Le troisième cas était une malade traitée longtemps par M. Lassar d'un pemphigus. Elle montrait sur le dos des mains couvertes de bulles une éruption semblable et un érythème correspondant aux voies lymphatiques.

L'affection fut produite dans ce cas par une intoxication par suite de gibier, de sorte qu'on pouvait le désigner comme un érythème vénéneux.

M. Lassar prétend que l'érythema striatum suit certaines voies lymphatiques qui sont toujours aussi prises dans les récidives.

M. Heller a observé un cas semblable dont il dira davantage à une autre occasion.

M. Isaac croit qu'on ferait mieux de désigner ces cas comme érythèmes pemphigoïdes.

M. G. Lewin est de l'opinion qu'on ne peut enregistrer ces cas dans l'érythème polymorphe, puisque celui-ci est encore caractérisé par d'autres symptômes. Les cas dans lesquels on observe une formation de vésicules qui ne se montrent qu'à la périphérie des exsudations sont bien rares. Entre les 110 cas que M. Lewin a vus il n'y avait que deux fois des vésicules. Ils étaient en outre accompagnés par une fièvre intense, de sorte qu'on les avait regardés comme des cas de variole.

Mais il n'a jamais vu cette forme produite par le grattage. Il serait intéressant d'examiner aussi dans ces cas les réflexes vaso-moteurs. M. Lewin mentionne en passant un cas de reprise, dans lequel se formait un pemphigus après des frictions de mercure. La malade succomba et on en fit l'autopsie.

M. Lassar est d'avis que nombre de pemphigus ne sont que des érythèmes bulleux et que dans beaucoup de cas il n'y a pas de bulles, lesquelles peuvent cependant se former après une longue durée comme dans le troisième de ses cas. Il faut regarder cet état comme un précurseur de pemphigus.

O. Rosenthal.

CONGRÈS DE NUREMBERG, 1893.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 septembre.

Injections de sérum contre la syphilis.

M. Kollmann a injecté du sérum de sang de mouton à dix-huit syphilitiques, dont huit avaient subi antérieurement un traitement spécifique, et dix étaient encore indemnes de toute médication.

La proportion de sérum employée a toujours été supérieure à celle indiquée comme dose maxima par Tommasoli (encore inférieure à 90 c.c.), à savoir entre 91,5 et 165 c.c. Chez les deux groupes de malades mentionnés ci-dessus, ces doses élevées n'ont jamais eu d'action curative. Il

est survenu, même dans quelques cas, pendant les injections ou très peu de temps après, de nouveaux accidents syphilitiques.

Les injections évoluèrent localement presque constamment sans aucune réaction. Mais dans plusieurs cas, il se produisit, les premiers jours après l'injection, de larges pomphi.

Discussion. — M. BEHREND établit un parallèle entre l'urticaire après les injections de sérum et celle qui se manifeste après la vaccination. Les éruptions vaccinales apparaissent dans les trois premiers jours après la vaccination, ou dans le même laps de temps après le commencement de la suppuration. Il ne faut pas les rattacher à une action spécifique de la vaccine; cette dernière, c'est-à-dire les substances résorbées provenant du contenu des pustules, n'agissent que comme corps étranger dans la circulation, d'une façon tout à fait analogue aux médicaments, relativement à l'apparition des éruptions médicamenteuses.

M. KÖBNER rappelle à cette occasion que, dans la transfusion de sang de mouton dans la phtisie pulmonaire, il se produisait presque régulièrement une urticaire le deuxième jour, habituellement accompagnée d'hémoglobinurie et il demande si Kollmann a vu aussi survenir ce dernier symptôme.

M. PICK fait remarquer, en opposition à Köbner, qu'une transfusion directe du sang et une injection sous-cutanée de sérum sont des choses différentes. Il peut toutefois confirmer qu'après l'injection de sérum sanguin, qu'il n'a d'ailleurs faite qu'à des sujets sains, il n'est jamais survenu localement de symptômes analogues à ceux que Tommasoli a décrits; la marche était constamment régulière.

M. KOLLMANN. — Chez deux malades, il y eut de temps à autre de l'albumine dans l'urine pendant le traitement par les injections; cependant il ne saurait décider si elle était la conséquence de ces dernières ou de la syphilis. Il n'a jamais trouvé de sang dans l'urine.

Séance du 12 septembre.

Séance commune des sections de dermatologie et d'hygiène.

De la préservation contre la syphilis. — *La prostitution publique ou clandestine est-elle la source principale de l'expansion de la syphilis et des autres maladies vénériennes ?*

M. LANG, *rapporteur*, résume son opinion dans les propositions suivantes :

I. — Malgré les difficultés reconnues relativement aux mesures prophylactiques, les autorités sont tenues de s'opposer, autant que possible, à la propagation des maladies vénériennes.

II. — Pour les pauvres et les individus peu fortunés, il y aurait lieu de donner les soins et les médicaments gratuitement à domicile ou dans des policliniques, ou encore dans des maisons de santé.

III. — Il faudrait recevoir sans conditions dans des cliniques publiques les vénériens lorsqu'ils en manifestent le désir.

IV. — Il importe par conséquent d'agrandir les services actuels, ou d'en créer de nouveaux.

V. — Pour les vénériens du monde des fonctionnaires et de situation

moyenne, il faut construire dans les hôpitaux des salles payantes convenables, ou agrandir celles qui existent et en général les rendre accessibles.

VI. — Il n'y a pas lieu de recommander la construction de maisons de santé destinées exclusivement aux vénériens.

VII. — Les vénériens ne devraient éprouver ni passe-droit dans leur situation, ni perte matérielle dans les associations, etc.

VIII. — Il serait désirable de voir se répandre des descriptions à la portée de tous sur l'hygiène en général, qui montreraient aussi les dangers de l'infection par les maladies vénériennes.

IV. — Les chefs d'industrie doivent s'occuper, de concert avec les médecins officiels, de préserver certaines professions de l'infection syphilitique.

X. — Il est nécessaire de faire surveiller par le conseil de santé les nourrices, de faire connaître aux deux parties intéressées l'état de santé de la nourrice et de sa famille (tout au moins de son enfant), ainsi que du nourrisson et de ses parents.

XI. — La cause la plus dangereuse de la propagation des maladies vénériennes est la prostitution clandestine, en raison de l'impossibilité d'exercer sur elle un contrôle sanitaire.

XII. — Les prostituées non enregistrées, qui manifestement ont transmis des maladies vénériennes, doivent être soumises à un traitement obligatoire dans le sens indiqué aux paragraphes XVI et XVII.

XIII. — Il faut retenir les hommes qui ont été reconnus avoir communiqué des infections vénériennes, faire traiter méthodiquement leur maladie et en outre les poursuivre en justice, s'ils ont eu conscience de leur affection.

XIV. — Le contrôle sanitaire n'est possible que chez les prostituées enregistrées officiellement.

XV. — Suivant les localités, il y aura lieu de déterminer s'il faut créer, pour les prostituées inscrites, des établissements fermés.

XVI. — Il faut immédiatement consigner dans une maison de santé publique les prostituées trouvées atteintes de maladies vénériennes.

XVII. — Comme complément nécessaire des mesures hygiéniques, il est utile d'avoir sous un contrôle compétent des maisons de convalescence dans lesquelles les filles publiques congédiées comme guéries des établissements hospitaliers publics pourraient attendre pendant quelques semaines ou quelques mois la consolidation de leur santé.

M. Kopp, *coréférent*, insiste tout d'abord sur l'importance du contrôle de la police, il doit avoir un caractère essentiellement médico-hygiénique et non disciplinaire et moral, et exercer une influence très considérable sur le chiffre de l'infection, quand on l'applique avec des moyens suffisants et appuyés par un traitement convenable des prostituées arrêtées. On trouve des avantages tout à fait spéciaux pour la surveillance de la police sanitaire de la prostitution professionnelle en reléguant les prostituées dans des maisons publiques dont l'existence, par conséquent, devrait être plutôt favorisée que contrariée par les chefs de la police. La prostitution clandestine professionnelle est certainement plus dangereuse

que la prostitution publique. Bien qu'il ne soit guère possible d'établir ce fait par la statistique, il est toutefois bien démontré par les expériences qui ont été faites, en Angleterre avec le *contagious diseases-act*, et en Italie avec la loi Crispi qui a supprimé tout contrôle.

Kopp a d'ailleurs fait lui-même une enquête sur cette question chez ses malades. Sur 653 de ceux interrogés, 480 s'exprimèrent d'une manière favorable pour la prostitution officielle, 173 parlèrent dans un sens défavorable. C'est certainement la mission d'une police sanitaire rationnelle de supprimer autant que possible la prostitution clandestine, autrement dit, de soumettre au contrôle officiel les femmes en question. Certaines variétés « de prostituées accidentelles » se soustraient naturellement d'une manière absolue au traitement policier, bien qu'elles soient parfois assez dangereuses. D'ailleurs on ne peut demander au meilleur contrôle sanitaire qu'il écarte tout danger de la prostitution, mais seulement que les prostituées trouvées malades soient internées et traitées d'une manière convenable. Kopp ne voit pas, dans l'assainissement de la prostitution dû aux mesures de police sanitaire, le seul moyen de combattre les maladies vénériennes; il indique, en terminant, d'autres mesures qui peuvent avoir également une influence salutaire, par exemple, d'expliquer à la jeunesse qui grandit et entre dans la vie, l'importance des maladies vénériennes, de faire naître des occasions fréquentes de traiter gratuitement au besoin ces affections, d'établir de meilleurs contrôles sanitaires de certaines couches masculines de la population (soldats, matelots, etc...), de donner aux médecins une instruction spéciale plus complète, etc.

Discussion. — Huppe réclame également pour la prophylaxie des maladies vénériennes l'application du principe général de l'isolement pour les cas récents et leur traitement en temps opportun. Précisément, en Allemagne, ceci est rendu impossible par les règlements absolument irrationnels de la loi des caisses de secours, et c'est le devoir des médecins de chercher à introduire une modification correspondante de la législation. Les maisons de santé doivent, à l'exemple de ce qui a été fait à Berlin, s'ouvrir plus largement pour le traitement des vénériens.

M. Spinola est d'accord sur les points les plus essentiels avec le rapporteur; cependant l'article XVII lui paraît exagéré. La construction de semblables maisons de convalescence occasionnerait des frais exorbitants que les communes ne pourraient pas supporter.

M. Aub est absolument du même avis que le corapporteur sur le grand danger de la prostitution clandestine, et ce serait une faute si les autorités rendaient l'inscription trop difficile et redoutaient de voir s'élever le chiffre des prostituées inscrites. Il s'élève également contre la loi des caisses de secours et avec une énergie particulière contre le paragraphe du Code allemand concernant le proxénétisme, lequel rend difficile l'inscription et favorise la prostitution clandestine.

M. Pick. — La question des nourrices est de la plus grande importance; il ne saurait partager l'opinion de Lang sur ce point. Il faut protéger tout à la fois la nourrice et le nourrisson, et on n'est jamais autorisé à permettre qu'une nourrice allaite un enfant syphilitique, alors même qu'elle y consentirait. C'est là un cas de conscience pour le médecin, les

autorités n'ont d'ordinaire au début rien à faire sur ce point. La nourrice ne peut jamais apprécier le danger, une personne du degré de culture d'une nourrice ne peut comprendre la portée d'une maladie, pas même pour elle et moins encore pour sa famille ; il faut, par conséquent, la tenir éloignée de l'enfant malade, au lieu de lui recommander des précautions.

Relativement au paragraphe XVII, il faut séparer cependant la syphilis des autres maladies vénériennes. Quant à ces dernières, on peut s'en rendre maître ; mais le syphilitique, au bout de quatre semaines, ne sera jamais congédié « guéri », il est encore malade. Les maisons de convalescence sont donc encore en réalité des hôpitaux, il ne s'agit en réalité, dans la proposition de Lang, que d'une prolongation de la durée du traitement.

M. Behrend. — Les caisses de secours devraient procurer le traitement gratuit dans les hôpitaux à leurs membres syphilitiques et non le traitement dans l'ambulatorium : les syphilitiques, en raison de ce qu'ils peuvent contagionner, ne sont pas du ressort de la policlinique, mais de l'hôpital. Il n'est nullement partisan des maisons de convalescence ; d'après les lois actuelles de l'Allemagne, on ne pourrait pas forcer les malades à y entrer.

M. Neuberger regrette qu'il ne soit jamais question que de la syphilis ; la blennorrhagie, avec ses suites, n'est pas à dédaigner ; même à certains points de vue, elle est encore plus dangereuse que la syphilis. Les maisons de convalescence seraient très utiles en ce qui concerne la blennorrhagie, attendu que la curabilité difficile de cette affection chez la femme exige un long séjour à l'hôpital et une observation prolongée.

M. Köbner a proposé, en 1884, au congrès de Copenhague, d'inscrire sur la feuille de sortie des syphilitiques : « indemne de symptômes », au lieu de « guéri », il renouvelle sa proposition.

Les examens de contrôle continués pendant longtemps des filles publiques congédiées, ainsi que le traitement des récidives plus légères, peuvent se faire avec une très grande économie, presque aussi bien dans des ambulatoriums que dans les maisons de convalescence bien disposés. Köbner a, chez un grand nombre de ses malades, pu remonter aux sources d'infection et il est arrivé à cette conclusion que la prostitution non contrôlée fournit une proportion très considérable de contagions, et précisément chez ces malades il a rencontré des formes de syphilis exceptionnellement étendues et très développées, parce qu'elles sont restées longtemps inaperçues.

M. Lang, dans sa réplique finale, insiste encore sur les avantages des maisons de convalescence. Quant aux nourrices, il sera impossible de les surveiller officiellement, tant qu'on ne pourra pas empêcher qu'une nourrice s'engage pour un enfant atteint de syphilis héréditaire.

SECTION DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 12 septembre 1893.

Lèpre anesthésique.

M. Dehio. — L'examen microscopique des taches anesthésiques de la

peau et des filets nerveux cutanés qui y sont afférents montre que les anesthésies locales circonscrites résultent de ce que la néoplasie lépreuse s'étendant en surface dans la peau malade pénètre dans les fentes plasmatiques et les conduits lymphatiques et prolifère, notamment dans les fentes du tissu en forme de canaux, dans lesquelles vont se perdre les ramifications les plus fines des nerfs de la peau. Par suite, les terminaisons nerveuses les plus ténues sont détruites à l'intérieur des taches et c'est ainsi que s'explique l'anesthésie, jusqu'à présent si énigmatique, de ces taches.

La formation des taches anesthésiques de la peau est donc un processus purement local qui n'a rien à faire avec une maladie des gros troncs nerveux.

Dans les phases ultérieures de la maladie, la néoplasie lépreuse de la peau à petites cellules, suivant le trajet des nerfs, s'insinue en haut dans les gaines des nerfs, détruit les fibres et finit par former à la place des troncs nerveux des cordons épais consistant en tissu conjonctif et en cellules rondes, lesquels ont naturellement perdu toute conductibilité. Par conséquent, dans la lèpre anesthésique il s'ajoute à la tache anesthésique de la peau, comme processus secondaire, une névrite lépreuse ascendante. De cette dernière dépendent : les troubles de sensibilité à extension plus diffuse, des parésies et des paralysies atrophiques, les troubles trophiques de la peau et des tissus plus profonds.

SECTION DE NEUROLOGIE

Érythromélalgie.

M. Eulenburg a observé dans ces deux dernières années trois cas d'érythromélalgie qui viennent à l'appui de son opinion, à savoir qu'il s'agissait dans cette maladie non d'une affection indépendante, mais d'un complexus de symptômes sensitifs et vaso-moteurs, vraisemblablement d'origine centrale, intramédullaire.

1er Cas. — Dame de 30 ans, de famille nerveuse, avec tendance aux atrophies musculaires. La maladie est survenue après de la chloro-anémie et à la suite d'une couche. Les accès, d'ordinaire la nuit, apparaissent principalement après un travail manuel, après des troubles gastriques, ou avant la menstruation ; en dehors de l'érythromélalgie il existait une maladie étendue des muscles de la ceinture osseuse omo-claviculaire et du bras sous forme de dystrophie juvénile (Erb).

2e Cas. — Tailleuse de 45 ans, hystérique, de famille névropathique. Comme étiologie, affections morales graves, soucis de l'existence, troubles prolongés des voies digestives, en outre travail manuel excessif. L'érythromélalgie est chez cette malade aussi survenue subitement, d'abord la nuit ; les accès étaient fréquents, plus rares et plus légers en hiver. Sur les membres, diminution de la sensation de douleur et de la température, notamment des dernières phalanges des doigts et sur le dos du pied. En outre, symptômes graves d'une affection cérébrale à marche progressive, avec congestions et accès apoplectiformes, céphalée intense, vertiges, vomissements, marche chancelante, affaiblissement de l'intelligence et de

la mémoire, hallucinations. Diminution notable concentrique du champ visuel. A l'ophtalmoscope, légères lésions inflammatoires des papilles, plus tard rétinite hémorrhagique des deux côtés.

3e Cas. — Tailleur de 54 ans, atteint depuis plusieurs années de malaria grave ; chez ce malade l'érythromélalgie survint d'abord sur le pied droit, plus tard, probablement après une garde par une nuit froide, sur la main gauche, l'affection resta limitée à ces deux membres ; des éruptions sudorales et des tendances aux hémorrhagies survenaient subitement sur les membres affectés. Ici on trouvait une cause provenant de sa mère qui avait eu pendant plusieurs années un état analogue aux pieds. D'ailleurs il n'existait chez ce malade que des symptômes cérébraux légers, de la céphalée et des vertiges.

Eulenburg indique rapidement l'étiologie et le diagnostic différentiel de cette affection et appelle l'attention sur le rapport qui existe d'une part entre l'érythromélalgie et certains troubles fonctionnels analogues et de l'autre certains processus anatomo-pathologiques dans le système nerveux central, la syringomyélie, la maladie de Morvan et le syndrome bulbo-médullaire décrit par Grasset et Ranvier. Ces maladies ont un point commun, à savoir la coexistence bizarre de troubles sensitifs et de troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques (comme ils peuvent survenir aussi à un moindre degré dans l'érythromélalgie). Vraisemblablement il faut chercher dans ces maladies médullaires le point de départ des troubles typiques de la sensibilité dans les cornes postérieures ; celui des troubles vaso-sécrétoires dans les cornes latérales.

Discussion. — M. Edinger rend compte d'un cas d'érythromélalgie limitée au pied droit et survenue en 1870 à la suite d'une congélation, et qui dure encore. Le malade, désespéré de ses douleurs, allait se faire amputer, lorsque l'auteur découvrit que, outre cette affection, il existait un tabes. Le rapport des deux affections a un intérêt théorique. Edinger pense que le complexus tout entier s'expliquerait par la maladie de l'ensemble des racines médullaires, même de l'appareil nerveux central.

Séance du 12 septembre.

Des troubles de la vue dans la syphilis cérébrale.

Uhttoff. — Les résultats de ses observations se rapportent à une série de 100 cas de syphilis cérébrale.

1° *Symptômes ophtalmoscopiques.* — Infiltration de la papille 14 fois, névrite optique 12 fois, décoloration simplement atrophique des papilles 14 fois, d'autres lésions ophtalmoscopiques 8 fois, résultats négatifs 52 fois. Mais parmi ces 52 cas on trouva parfois des troubles de la vue et des lésions anatomiques sur le trajet de conduction optique.

2° *Anomalies du champ visuel et leur importance.* — Au point de vue du diagnostic différentiel ainsi que de bon nombre de lésions spéciales et caractéristiques pour les troubles de la vue dans la syphilis cérébrale, notamment par rapport à d'autres troubles visuels (atrophie progressive, sclérose multiple, névrite rétro-bulbaire, etc.).

3° *Phénomènes pupillaires dans la syphilis cérébrale.* — Rigidité réflexe

typique des pupilles, ophtalmoplégie interne, réaction hémianoptique des pupilles, réaction paradoxale.

Discussion. — M. Bruns cite un cas d'hémianopsie inférieure chez un malade autrefois syphilitique; il y avait eu probablement auparavant une névrite optique, plus tard une atrophie évidente des moitiés supérieures de la macula. Plus tard encore un quart inférieur de l'un des yeux devint malade, de sorte que dans ce cas un seul quart du champ visuel était conservé. Il n'y avait pas d'autres symptômes cérébraux ni signes de tabes. Par contre, il existait vraisemblablement un anévrysme de l'aorte.

M. Mendel rend compte d'un cas d'hémianopsie syphilitique double. Un homme déjà âgé eut d'abord une hémianopsie du côté droit, plus tard du côté gauche et devint amaurotique. L'autopsie montra aux points correspondants (pulvinar) des deux couches optiques une tumeur gommeuse.

M. Stein a vu récemment un cas de nippus chez un homme syphilitique actuellement menacé de paralysie progressive. La pupille droite est de dimension moyenne, la gauche est dilatée, les deux sont immobiles; sur la gauche nippus étendu et prononcé.

M. Goldstein demande si on constate le rapport indiqué par Alexander entre l'ophtalmoplégie interne et la psychose.

M. Uhttoff répond qu'Alexander n'indique pas nettement les troubles psychiques qui accompagneraient l'ophtalmoplégie. Il se peut qu'il n'y ait en réalité que des troubles paralytiques.

Quant à l'hémianopsie inférieure mentionnée par Bruns, Uhttoff la regarde comme occasionnée exclusivement par la maladie des nerfs optiques. Le nystagmus a principalement une valeur diagnostique dans les pupilles qui ont perdu toute contractilité réflexe sous l'influence de la lumière.

SECTION D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE

Industries de Fürth et leurs inconvénients.

M. Wolner. — Ces industries sont : applications de mercure et d'argent, fabrication du bronze, polissage des glaces avec facettes.

Il ressort de la communicatton de Wolner : 1° que les maladies mercurielles étaient fréquentes dans les premières années. Depuis 1885, leur nombre s'est constamment et rapidement abaissé. Depuis le mois de juin 1890, il n'y a plus eu un seul cas de mercurialisme; 2° c'est à la fin de l'hiver (mars) que le chiffre est le plus élevé, le plus bas à la fin de l'été (octobre). Les travailleurs actuels sont occupés relativement très longtemps (en moyenne 11,6 années) aux applications métalliques.

L'auteur croit que le maintien de la santé des ouvriers qui s'occupent d'applications de mercure — abstraction faite de la très grande propreté et de l'aération soigneuse — est dû encore à deux facteurs : le temps de travail aussi court que possible et un salaire élev.

On sait que la question des applications du mercure a été réglée pour toute la Bavière par une ordonnance du 30 juillet 1889. La plupart des prescriptions sont déjà introduites et ont eu pour conséquence de diminuer considérablement le nombre des applications de mercure et des ouvriers qui s'en occupent. Les autres dispositions de ce règlement qui,

au point de vue financier, sont très importantes, devront être appliquées en juillet 1894 et elles entraîneront vraisemblablement la disparition totale des applications de mercure par suite de la concurrence avec les applications d'argent. Wolner ne considère pas cette transformation comme avantageuse, pour des raisons économiques et hygiéniques. Il est convaincu que la vie des ouvriers qui travaillent aux applications d'argent est exposée à plus de dangers que celle des ouvriers qui se servent du mercure. Le séjour continuel des premiers dans une température de 28 à 43° C. dispose aux rhumatismes, aux affections pulmonaires aiguës et chroniques, et par suite le chiffre de la mortalité des ouvriers est beaucoup plus élevé.

Des maladies charbonneuses chez les ouvriers de Nuremberg qui fabriquent des pinceaux.

M. Goldchmidt a observé chez ces ouvriers, dans le cours de ces quatre dernières années, environ trente cas de pustule maligne, dont trois se sont terminés par la mort. L'infection primaire se produisait le plus souvent à la face et dans la région sous-mentonnière, plus rarement aux mains. La plupart des malades travaillaient à la préparation des soies, c'est-à-dire à la matière brute ; malheureusement, en dépit de tous les efforts, on ne parvient point à découvrir sûrement les bacilles de la pustule maligne dans ces matériaux, c'est-à-dire les crins de chevaux et les soies de porc. Dans un cas, il est vrai on obtint, de soies suspectes, la culture pure d'une espèce de bâtonnet, qui morphologiquement ressemblait tout à fait au bacille de la pustule maligne, mais il s'en distinguait essentiellement par l'absence de toute propriété pathogénétique. Toutefois, il fallait chercher dans les crins et les soies la source de l'infection, et on désinfecta à fond dans chaque cas tous les matériaux suspects ainsi que les effets et l'habitation des malades.

En outre, on appela l'attention des ouvriers sur les précautions à prendre et on leur indiqua les agents antiseptiques pour désinfecter les petites plaies occasionnées par les soies de porc ou les crins de chevaux. Le moyen le plus efficace serait de soumettre à un courant de vapeur les crins et les soies. Mais, comme ce procédé altère leur couleur et leur qualité et que ces mesures arrêteraient plusieurs milliers d'ouvriers qui s'occupent à Nuremberg de l'industrie des pinceaux, par rapport à la concurrence étrangère, il y a donc lieu d'établir un accord international pour rendre obligatoire la désinfection de tous les matériaux bruts et atténuer ainsi le danger auquel sont exposés les ouvriers de l'industrie des pinceaux.

Études expérimentales sur la pustule maligne dans l'industrie des pinceaux à Nuremberg.

M. Sigmund Merkel. — Pour blanchir et nettoyer les soies de porc on emploie le procédé suivant : on les laisse pendant douze heures dans une solution d'hypermanganate de potasse à 2 p. 1000, puis on les lave soigneusement avec de l'eau et on les place pendant deux heures dans une solution d'acide sulfureux à 3 p. 100. Enfin à la solution acide on ajoute quelques gouttes d'eau oxygénée ou de sel ammoniaque et les soies de porc très

blanchies sont lavées à grande eau. L'auteur examina alors les soies de porc qui étaient infectées de pustule maligne (matériaux contenant des spores) pour constater jusqu'à quel point le procédé ci-dessus avait une action désinfectante. Il en résulta que la désinfection était insuffisante. Les soies infectées perdent toutefois en partie leur infectiosité, en ce sens que les manipulations faites sur les soies enlèvent mécaniquement les éléments de pustule maligne qui y adhèrent. Ceci est démontré en ce que d'une part dans les résidus (des permanganates de potasse, etc.), quand ils ont été traités par la voie centrifuge on a trouvé presque régulièrement la pustule maligne virulente, tandis que de l'autre les soies infectées auparavant avaient en général perdu leur infectiosité. Merkel propose donc, tant que la désinfection des soies de porc, par un courant de vapeur ne sera pas obligatoire, de rincer tout au moins aussi énergiquement que possible les soies avec de l'eau, sans toutefois que les mains des ouvriers soient en contact avec l'eau de lavage. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 30 octobre 1893.

Sur un cas de lèpre atypique.

Le Dr Jakimowitsch présente un malade lépreux, âgé de 24 ans. Dans les antécédents collatéraux, il n'y a que sa tante qui est malade. Son voisin du village est sans nez; un autre a perdu ses doigts. En septembre 1891, s'est montrée chez le malade une éruption bulleuse aux mains qui tantôt se transformait en ulcérations, tantôt se cicatrisait en partie; en même temps il avait un tremblement des mains. En juin 1892, les mouvements des doigts sont devenus gênés et affaiblis.

Le 6 juin, le malade entre à l'hôpital militaire de Saint-Nicolas (à Saint-Pétersbourg). A l'examen les plis du front sont épaissis, en forme de bourrelet: aux membres supérieurs, à la région de l'omoplate et à la région de l'œil droit, de nombreuses infiltrations de la peau. Les doigts des mains sont contracturés; leurs muscles et la peau sont atrophiés. L'examen de la sensibilité montre que la face a conservé tous les trois modes de sensibilité; dans les autres régions, l'étendue de l'abolition de la sensibilité thermique est plus grande que celle des autres modes de sensibilité; elle commence par les doigts et s'étend jusqu'à la face en dépassant en avant les limites des pectoraux; en arrière, jusqu'à l'angle de l'omoplate. La perte de la sensibilité au tact et à la douleur est plus limitée et s'affaiblit à mesure qu'on s'avance vers la tête. Sur le tronc, pityriasis versicolor.

Syphilis extra-génitale.

Le Dr Maiew signale un cas de syphilis extra-génitale mode de contagion qui devient, d'après lui, de plus en plus fréquent. Une petite fille syphilitique, vierge, est sortie de l'hôpital Kalinin, sans autres manifesta-

tions extérieures de syphilis qu'un chancre labial induré. Elle a passé quelques jours chez une cuisinière à laquelle elle a donné la syphilis par la bouche.

Cette cuisinière ayant embrassé un nourrisson, lui a transmis la syphilis que l'enfant à son tour a transmis au mamelon de sa mère.

Sur la lèpre en Sibérie.

Le Dr Sturmer communique ses observations sur la lèpre en Sibérie, où il a passé trois ans.

Sont atteints de lèpre les Jacoutes et les Russes; les Toungouses, quoique étant dans les mêmes conditions d'habitation et de nourriture, n'ont jamais de lèpre ; ils n'ont pas non plus de syphilis. Cette peuplade est très casanière et avec cela très propre et très prudente dans ses relations avec les autres.

Chez les Jacoutes et les Russes la lèpre est dans la majorité des cas tuberculeuse; dans quelques communes la lèpre a fait table rase. Les indigents reconnaissent très bien la lèpre, isolent les malades et les évitent soigneusement, mais n'admettent pas l'hérédité. Un seul cas de lèpre congénitale que M. Sturmer connaît, est cité dans la thèse de M. Rechetilo qui dit avoir vu un enfant trois jours après la naissance avec une lèpre très nette.

Traitement de la syphilis par la chaleur et traitement chirurgical.

Le Dr Oussas et le Dr Maïew insistent sur des bons résultats obtenus dans plusieurs cas de syphilis qui traînaient en longueur, par la chaleur sous ses différentes formes et l'intervention chirurgicale. A ce propos, le professeur Tarnowsky rappelle que M. Verneuil préfère aussi l'enlèvement des séquestres syphilitiques, ce qui hâte la cicatrisation.

Chancre de l'amygdale.

Le Dr Tschistiakof signale plusieurs cas de chancre extra-génital et entre autres celui d'un malade, âgé de 48 ans, marié, avec chancre induré de l'amygdale droite. Le malade s'est aperçu d'un mal de gorge ; trois semaines après, s'est montré l'engorgement des ganglions cervicaux du côté droit. La masse fut incisée. Sur l'amygdale droite, s'est formée une ulcération, qui a bientôt pris un aspect gangréneux très net. A l'épaule gauche, s'est montrée une nodosité sous-cutanée, puis une autre à la jambe. Le traitement local de la gorge n'a pas soulagé le malade. Les yeux se sont pris. La face s'est couverte d'une éruption ; de nouvelles nodosités et des boutons se montraient aux jambes. C'est à ce moment que M. Tschistiakof a vu le malade et a reconnu l'induration primitive de l'amygdale, et que les papules, l'ecthyma et les nodosités singulières cutanées et sous-cutanées, avec tendance à la guérison spontanée ne sont que des accidents de la syphilis. Ces nodosités ont fait suite immédiatement au chancre, l'éruption des papules et de l'ecthyma est venue plus tard. Cela montre la relation des nodosités avec la syphilis secondaire, quoique à première vue elles ressemblent à des gommes (gommes secondaires).

Ces nodosités sont analogues à celles que M. Mauriac a décrites sous le nom d'erythema nodosum syphiliticum.

Sur un cas de lèpre maculeuse.

M. Yavéine présente un malade âgé de 62 ans, de bonne constitution, atteint de lèpre maculeuse. Il a beaucoup voyagé en Russie, souffrait autrefois de rhumatisme et avait la fièvre intermittente. Un fils bien portant, 22 ans.

En 1890, habitant Tiflis (Caucase), il a remarqué pour la première fois des taches sur les fesses, puis des indurations. Les mêmes phénomènes se sont produits ensuite sur les poignets, puis sur la face et sur presque tout le tronc. Au centre de quelques-unes de ces taches, il y avait perte complète de sensibilité ; dans d'autres endroits elle était complètement conservée sous ses trois formes. Les réflexes tendineux sont abolis. L'examen microscopique du sang n'a fourni aucun renseignement.

Le malade fut soigné au Caucase par la pommade à l'ichtyol et résorcine, et par l'huile de Chaulmoogra (depuis 3 gouttes à 100 gouttes en vingt-quatre heures). Il est actuellement dans le service du professeur Tarnowsky, prend toujours cette huile, sans dérangements gastriques. Les infiltrations semblent diminuer, et les macules pâlissent.

Le professeur Tarnowsky trouve que l'huile de Chaulmoogra a une certaine influence sur la lèpre. Il a observé dans un cas avec M. Maïeff, la disparition complète des phénomènes lépreux sous l'influence de l'acide oxalique, mais ne peut pas affirmer si cette disparition est définitive.

S. Broïdo.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ DE KASAN

Séance du 29 octobre 1893.

Syphilis du foie.

Le professeur Lioubimow relate un cas de syphilis hépatique avec ictère très intense, dû à la compression du cholédoque par un ganglion tuméfié. Deux mois après le début de l'ictère est survenue une ascite qu'on a dû ponctionner deux fois. Mort six mois après le début. A l'autopsie on a constaté que le foie ne pesait que 1,070 gr. ; le lobe gauche et la moitié interne du lobe droit sont très indurés, chagrinés au toucher ; à la coupe ils sont lisses, de couleur rouge brun, avec tractus fibreux et vaisseaux béants. Le lobe droit est mou, friable, de couleur jaune brunâtre. Au niveau de la portion hépatique du duodénum on trouve un ganglion lymphatique tuméfié du volume d'un haricot et qui comprime le cholédoque et la veine porte. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume. Il existe en outre une ostéopériostite syphilitique du tibia gauche. Le rapporteur a fait le diagnostic de cirrhose syphilitique à cause de l'ostéite, de l'ascite et des modifications du lobe gauche du foie qui présente nettement les caractères du foie syphilitique. Ce qui est surtout intéressant, c'est l'intensité particulière de l'ictère dans ce cas, contrairement à ce qu'on observe dans l'infection syphilitique du foie, mais elle s'explique par la compression du cholédoque par le ganglion et la difficulté de l'écoulement de la bile.

Sur le traitement de la syphilis par les bains sulfureux et le mercure à la fois. (*Gazeta lekarsko,* 1893.)

Déjà en 1891 et 1892, le D[r] Elsenberg démontrait le non fondé de ce traitement, en se basant sur ce que, d'après lui, il se fait dans ces cas dans l'épiderme et les canaux glandulaires des dépôts insolubles de sulfure de mercure qui ne peut être absorbé qu'en quantité infiniment petite. Vu l'importance de la question, l'auteur s'est adressé par lettres à plusieurs spécialistes connus de l'étranger pour leur demander leur avis. Comme il fallait s'y attendre, les réponses sont variables. L'auteur rend aujourd'hui compte de l'enquête qu'il a faite.

Il groupe en trois catégories les différentes opinions.

Dans la première sont les adversaires du traitement combiné; ce sont : Neisser, Finger, Leloir, Neumann, Janowsky, Duncan-Bulkley (de New-York) et Elliot (New-York). Dans la deuxième sont les partisans de ce traitement : Kaposi, Fournier, Zarewitcz, Doyon et Fontan. Enfin, dans la troisième sont ceux dont l'opinion est intermédiaire : Taylor (New-York), Schwimmer (de Buda-Pest) et Rosner (de Krakow). Les opinions de ces derniers peuvent être résumées ainsi :

1° Les bains sulfureux n'ont pas d'autre influence que des bains simples ;

2° Il n'y a que la température du bain qui peut avoir une certaine influence ;

3° Théoriquement, le traitement simultané par les bains sulfureux et le mercure est contre-indiqué, mais en pratique il donne de bons et de mauvais résultats, de même que les frictions seules ;

4° Le traitement par bains sulfureux aux stations balnéaires n'a pas d'autre importance que celle du changement de climat, d'occupations, etc.

S. Broïdo.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Cancer de la peau. — O. Lassar. Zur Therapie der Hautkrebse. Communication à la Société de médecine de Berlin. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1893, p. 537.)

Jusqu'à présent, on a admis qu'on ne pouvait faire disparaître les néoplasmes cancéreux de nature quelconque qu'à l'aide d'une intervention opératoire ou de la cautérisation. Cependant l'effet salutaire de l'érysipèle a montré d'une façon empirique que la résistance absolue des cancers ne pouvait plus être regardée comme un axiome.

Bien que l'inoculation de l'érysipèle n'ait pas eu une action curative assez décisive pour qu'on pût recommander un procédé aussi dangereux, il n'en reste pas moins démontré qu'il est possible d'attaquer le cancer autrement que par la voie opératoire.

L'auteur a borné ses recherches aux cancers cutanés. En 1889, un homme d'environ 50 ans vint le consulter pour trois tumeurs siégeant sur la face. Ces tumeurs étaient en voie de prolifération destructive et de progression périphérique avec destruction centrale. La plus grosse tumeur avait rempli l'orbite droit, sa surface concave était assez grande pour admettre le poing; le menton était le siège d'une tumeur de 7 centim. de diamètre et le dos du nez était envahi par un néoplasme épais ayant les dimensions d'une pièce d'un franc. L'examen microscopique montra des prolongements épithéliaux et bulbeux ainsi qu'une structure alvéolaire. On fit prendre de l'arsenic à ce malade et, à partir de ce moment, on constata bientôt la dessiccation, la régression et la cicatrisation de ces trois tumeurs. Un moulage fait à ce moment permet de constater la disparition de la nodosité du nez. Le malade partit ensuite pour la campagne et revint au bout de quelques mois. La tumeur du menton était recouverte d'épiderme, la lésion du nez était restée cicatrisée, mais par contre la tumeur de l'orbite avait fait de grands progrès. Le malade, craignant l'énucléation de l'œil, se déroba au traitement ultérieur. La même impression résulte de l'examen d'un cancroïde du nez chez une vieille femme. Le traitement arsenical amena une régression frappante, mais la malade, se considérant comme suffisamment guérie, quitta l'hôpital.

Comme les améliorations dont il vient d'être question pouvaient ne pas avoir dépassé les limites de variations accidentelles, ces essais en restèrent là pendant longtemps. Ils n'ont été repris que récemment et à un point de vue différent. Comme on n'a pas à craindre une aggravation en retardant de quelques semaines l'opération d'un épithélioma circonscrit, l'auteur, au lieu de s'attaquer comme la première fois à des cancers inopérables, s'est décidé cette fois-ci à soumettre les cancers de la peau, dans une phase

aussi précoce que possible, à une cure arsenicale qui ne pouvait avoir aucun effet nuisible. Les cures arsenicales qui ont été faites antérieurement n'avaient, il est vrai, pas donné de résultat, mais il faut remarquer que la plupart sinon toutes étaient prescrites dans un but thérapeutique et non expérimental; d'autre part, on n'y a certainement jamais eu recours que lorsque toute opération paraissait impossible, et dans ces conditions le traitement arsenical ne pouvait aboutir. Lassar dit avoir eu le premier l'idée de rechercher si un tissu cancéreux quelconque pouvait être influencé par la voie médicamenteuse ou même être amené à disparaître avant la production de symptômes toxiques secondaires.

Femme de 75 ans, ayant sur la joue gauche une tumeur du volume de la moitié d'une noix, rouge foncé, bosselée, irrégulièrement limitée, surface intacte, sauf une légère érosion. D'après l'examen microscopique d'un fragment de cette tumeur, on constate que sa structure est celle d'un épithéliome. On prescrivit trois fois par jour après les repas cinq gouttes d'un mélange à parties égales d'une solution d'arsénite de potasse et d'eau de menthe; au commencement de décembre, la tumeur épithéliale était atrophiée et cicatrisée.

Chez une seconde malade atteinte d'une tumeur ulcérée à marche périphérique caractéristique, la cicatrisation s'est faite aussi sous l'influence de l'arsenic et la guérison s'est maintenue depuis quatre mois, bien qu'on ait cessé tout traitement.

Un troisième malade, âgé de 66 ans, avait une tumeur sur la paroi externe de l'aile gauche du nez. Tumeur bosselée, de consistance ferme, légèrement ramollie au centre, datant de plus de trois mois, à marche rapide. Un traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat; l'examen microscopique d'un fragment excisé fit reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale atypique. Le 7 mars, on institua une cure arsenicale; au début, injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, en même temps on en prescrivit l'usage interne. Au bout de quelques jours, on cessa les injections qui étaient très douloureuses. Dès le 13 avril, la tumeur était réduite au tiers de son volume. Depuis, il y a eu régression complète, et on voit à la place de la nodosité cancéreuse quelques cicatrices rétractées correspondant aux enfoncements des racines du néoplasme dans le tissu sous-jacent.

Ces trois cas, dit Lassar en terminant sa communication, démontrent que certains cancers de la peau peuvent se cicatriser sous l'influence d'une médication interne, en dehors de toute intervention locale.

A. Doyon.

Le mémoire du Dr Lassar a été l'objet d'une discussion à la Société de médecine de Berlin. En voici le résumé d'après le compte rendu paru dans la *Berl. klin. Wochenschrift*, 1893, p. 684.

M. Koebner. — Étant donnée la grande portée que peut avoir, pour un très grand nombre de malades, un traitement médical précoce même des cancers de la peau, l'orateur considère comme un devoir de réagir contre l'opinion qu'on pourrait réellement guérir ces affections avec quelques grammes de liqueur de Fowler. En 1877, Esmarch rappelait dans « ses

aphorismes sur le cancer » l'emploi très ancien, vieux peut-être de plusieurs siècles, de l'arsenic dans les cas désespérés de carcinome. Cette méthode est si ancienne, qu'Esmarch racontait qu'étant étudiant, il avait entendu Langenbeck rapporter une observation qui avait fait sur lui une grande impression. Son oncle, Langenbeck, de Göttingen, avait tenté de traiter une femme atteinte d'un carcinome inopérable de l'utérus par la solution de Fowler en augmentant graduellement les doses. Cette femme, désespérée du pronostic, résolut de s'empoisonner. Elle aurait pris en conséquence des doses énormes et rapidement croissantes de la solution de Fowler. Il fut étonné de voir cette malade revenir guérie au bout de quelques mois, autant du moins qu'on pouvait le diagnostiquer à ce moment. Or, Esmarch a essayé l'arsenic comme traitement consécutif après l'opération et dans tous les cas de cancer inopérable à doses rapidement croissantes et très hardies ; et il a observé dans un cas de carcinome du maxillaire supérieur à développement très rapide, et s'étendant très profondément, une tendance très marquée à la cicatrisation, après une exfoliation partielle de la néoplasie. Mais cette malade revint plus tard à la clinique de Kiel avec un carcinome de la même région tellement ulcéré, que tout fut inutile même l'arsenic, la femme succomba peu de temps après. Des cas comme ceux de Lassar, qui n'ont plus été revus, ou dont on a même appris la récidive et la mort — comme dans son premier cas — ne prouvent donc rien. Il en est de même de sa deuxième malade, qui se soustrait à l'observation ultérieure « se regardant comme suffisamment guérie ». Il est permis, faute de mieux, d'avoir recours à l'arsenic, soit à l'intérieur, soit en injections, dans les carcinomes inopérables ; mais la question est tout autre pour les cas à propos desquels Lassar réclame la priorité, de combattre l'épithéliome par voie médicamenteuse non locale. Le diagnostic est très délicat quand il s'appuie uniquement sur l'examen microscopique ou l'aspect d'une croûte sur la face, notamment sur le nez.

Il est des croûtes séborrhéiques qui laissent après leur chute exactement le même aspect que la petite cicatrice superficielle du dos du nez de la femme qui a été présentée ici comme guérie par des quantités relativement minimes de solution de Fowler. Depuis les travaux de K. Friedländer, on est très éloigné d'identifier sans plus ample examen avec le carcinome toutes les tumeurs épithéliales atypiques et en particulier celles de la peau. Il existe des affections de la peau, dans lesquelles on trouve aussi des proliférations épithéliales atypiques avec prolongements, etc., et dont le pronostic est incomparablement plus favorable que celui d'un carcinome.

Le premier cas concernant une vieille femme est plus probant, mais il est unique. Des quantités relativement faibles d'arsenic ont suffi pour faire disparaître la tumeur en six à sept semaines. On ne peut s'empêcher de mettre en doute la nature cancéreuse de la tumeur.

Quant au troisième malade, dont le traitement a commencé le 7 mars dernier et qui a été présenté le 17 mai à la Société, il n'était pas guéri. On a décrit de nombreux cas analogues. Des carcinomes du sein par exemple ont récidivé dans la cicatrice après l'ablation, même avec des

nodosités secondaires dans la peau du sein. Il est certain que l'arsenic hâte la métamorphose régressive d'une partie des néoplasmes, mais il reste des résidus carcinomateux et au bout de quelques années des récidives surviennent dans la plupart des cas.

Pour baser une nouvelle méthode de traitement sur l'observation de deux ou trois cas, il faudrait attendre au moins quatre ou cinq ans. Il est vrai que les cancers cutanés en plaque se cicatrisent en les tenant simplement propres ou par les remèdes les plus divers. Köbner cite un cas d'ulcère rongeant de la région temporale chez un homme âgé, lequel avait disparu et était provisoirement cicatrisé sous l'influence de la tuberculine. Mais parfois on ne sait rien de l'histoire ultérieure de ces malades. Il s'en tient comme Lassar à l'opinion de Virchow d'après lequel il n'y a pas de différence radicale, sous le rapport biologique, entre le cancroïde et le carcinome proprement dit. Il rappelle le cas d'un facteur qui avait un cancroïde du talon; ce cancroïde avait pénétré dans le calcanéum et après la mort, survenue à la suite de l'amputation de la jambe, on trouva entre autres à la nécropsie de nombreux nodules carcinomateux dans le foie. Quand on a présents à la mémoire des faits de ce genre, dit en terminant Köbner, on ne peut s'empêcher de s'en tenir à l'opinion exprimée, en 1889, par Esmarch. Pour répondre à de nombreuses lettres reçues de cancéreux qui avaient entendu parler de sa médication interne, il terminait un mémoire sur les tumeurs malignes, etc., par les phrases suivantes : « Le cancer est curable quand il est extirpé assez tôt et assez radicalement par le bistouri. Tout retard est funeste pour le malade. Ce n'est que lorsqu'il est trop tard pour opérer qu'on doit essayer d'obtenir la guérison par des remèdes internes. »

C'est aussi ma manière de voir.

M. v. Bergmann n'hésite pas à se prononcer en faveur du bistouri. Dans la même séance où Lassar a lu son mémoire, il a présenté trois malades chez lesquels des carcinomes volumineux tout à fait analogues avaient été opérés dix, sept et près de cinq ans auparavant et n'avaient pas récidivé. On sait que le pronostic des carcinomes cutanés de la face est très favorable pour l'opération. Sur plus de 100 malades qu'il a opérés, la récidive de ces carcinomes, quand on est intervenu à temps, est très rare. Pour résoudre la question du traitement interne du carcinome il faut se souvenir tout d'abord des processus de cicatrisation de tout carcinome. On ne porte pas actuellement un diagnostic clinique, mais un diagnostic purement anatomique en reconnaissant une tumeur d'une structure tout à fait déterminée qui caractérise le carcinome. Les carcinomes de la face ont aussi cette structure. Ce diagnostic anatomique se fait d'après l'évolution biologique et physiologique de ces tumeurs, qu'il faut connaître d'une manière précise, car le clinicien en déduit les rapports anatomiques et la texture histologique des tumeurs. Le caractère biologico-physiologique du carcinome consiste, d'après Virchow, en ce qu'il s'agit d'éléments dont l'existence est de peu de durée. Les épithéliums renfermés dans le stroma conjonctif meurent dans un temps donné et par suite le stroma s'affaisse et il en résulte des processus de cicatrisation au centre et à la surface de la tumeur, processus qui permettent au clinicien de porter le diagnostic

de cancer. Ces processus cicatriciels sont considérés comme des guérisons par des cliniciens inexpérimentés. Mais c'est un reproche qu'on ne saurait adresser à Lassar. Il a présenté trois cas qui pouvaient en imposer. Son premier cas, qui n'était pas guéri mais amélioré, est un exemple de la marche typique et de l'évolution la plus ordinaire de ces cancers, quand on les tient propres et à l'abri des irritations extérieures, notamment thérapeutiques, ils deviennent de plus en plus petits, lisses et se recouvrent de granulations. L'orateur cite ensuite un cas tout à fait analogue qu'il a observé récemment.

Jacobsohn avait déjà appelé l'attention en 1877, sur la fréquence de la formation de véritables pellicules cicatricielles sur ces carcinomes. C'est un fait dont il faut tenir compte quand on parle de guérison.

Le deuxième point qu'il ne faut pas oublier c'est la grande différence de malignité des tumeurs. Il n'est pas rare de voir des carcinomes de la région temporale persister pendant dix-huit et vingt ans. Il peut arriver que le processus de régression d'une tumeur survienne en même temps en plusieurs points. Les cancers disparaissent parfois complètement ou d'abord seulement au centre. Mais c'est aussi un fait très ordinaire de voir apparaître de nouveaux foyers au pourtour du foyer disparu ou, comme dans un cas observé par l'auteur, dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques les plus rapprochés. De cette façon le carcinome se propage plus loin. Ces nouveaux foyers sont parfois si petits qu'ils échappent à l'observation pendant un certain temps, mais en général ils reparaissent bientôt.

L'orateur insiste en terminant sur le point déjà signalé par Köbner, qu'il y a des tumeurs de la face qui précisément ressemblent beaucoup, même au microscope, au carcinome, mais qui résultent de la séborrhée des vieillards, d'une hyperplasie des glandes sébacées. Ainsi s'expliqueraient peut-être une partie des cas où les carcinomes ont disparu à la suite de l'application de remèdes indifférents. Mais si l'on examine ces cas de près, notamment les grandes séries de guérison qui ont été publiées, on est frappé de ce fait qu'il s'agit en général de carcinomes multiples de la face. Le plus souvent ce ne sont pas des carcinomes, mais des adénomes de glandes sébacées, tels que ceux décrits par Köbner. Il est aussi des cas où des carcinomes se présentent sous l'aspect de lupus.

En résumé, selon v. Bergmann, en présence des résultats favorables de l'opération, on doit admettre que les tentatives de traitement du cancer comportent un grand danger et qu'il ne faut jamais les continuer longtemps. Ces essais doivent se borner aux carcinomes que le bistouri ne saurait atteindre ou guérir. Or, l'intervention opératoire guérit sûrement les carcinomes de la face.

M. Lassar est du même avis que ses deux collègues sur beaucoup de points. Mais il n'a pas parlé de la guérison du cancer en général, il s'est borné à donner les résultats d'expériences cliniques. Il ne met pas en doute que l'on puisse guérir un cancer avec le bistouri. Il a même présenté un malade opéré par lui et chez lequel il n'y a pas eu de récidive depuis trois ans. Il a voulu soumettre à la critique le résultat d'expériences thérapeutiques raisonnées. Il s'est abstenu de parler de guérison parce que des années sont nécessaires avant de pouvoir tenir ce langage.

Il a présenté trois malades, dont les lésions n'avaient pas suivi l'évolution habituelle, avaient pris une marche favorable et s'étaient cicatrisées, précisément au moment où est intervenu un traitement qui est connu depuis très longtemps. Il ne pouvait signaler comme nouvelle que l'application de cette méthode dans des cas opérables où on aurait pu avoir recours au bistouri à n'importe quel moment, si cela avait été nécessaire, et il a montré que cette éventualité ne s'était pas produite, au moins jusqu'ici.

Il ne saurait admettre l'hypothèse d'une erreur de diagnostic dans ses cas. Il a démontré à l'aide de l'examen microscopique et de la clinique qu'il avait bien eu affaire à des cancers de la peau, avant et après le traitement arsenical, et il a signalé le résultat extrêmement favorable du traitement. Les explications remarquables de ses deux collègues n'y changent rien.

A. Doyon.

Eczéma. — Neisser. Die pathologie des Eczems. (*Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft,* 1892, p. 116.)

Pour la définition de l'eczéma, l'auteur s'en tient absolument à celle de Hébra; toutefois il l'élargit en insistant davantage sur l'altération de l'épithélium qui lui paraît spécifique et essentielle dans le tableau morbide de cette affection. L'eczéma est une inflammation superficielle, à début plus ou moins aigu, accompagnée d'une hyperhémie séreuse intense, d'une exsudation abondante, évoluant principalement dans le corps papillaire et les couches supérieures du derme (avec rougeur vive et tuméfaction des couches supérieures de la peau, apparition de papules correspondant au gonflement du corps papillaire). De plus, il se produit une exfoliation tout à fait spéciale de l'épiderme, aussi l'expression de « catarrhe épithélial desquamatif » est-elle celle qui est le mieux appropriée.

Le développement des divers symptômes est naturellement très variable, surtout celui du « catarrhe ». L'auteur indique ensuite avec soin les différents caractères de l'éruption et surtout les grandes différences que présente son évolution.

1° Marche typique sous forme de l'eczéma aigu.

Non seulement l'école viennoise, mais presque tous les auteurs modernes affirment l'existence d'un eczéma aigu, précédant l'eczéma chronique; 2° marche atypique, c'est de beaucoup le cas le plus fréquent. Atypique, en ce sens que l'eczéma aigu se déplace d'une manière continue ou interrompue, ou bien récidive par suite de la vulnérabilité persistante de l'épithélium et des vaisseaux, ou devient « chronique ». Par eczéma chronique on ne devrait entendre, comme Auspitz l'a fait remarquer, que les infiltrations locales pachydermiques profondes de tissu conjonctif, sur lesquelles, il est vrai, des éruptions eczémateuses des couches les plus superficielles de la peau se produisent avec une facilité et une fréquence toutes spéciales. L'eczéma chronique pachydermique local doit être mis en opposition avec l'eczématose chronique, c'est-à-dire avec les éruptions eczémateuses se renouvelant d'une manière plus ou moins aiguë et fréquente.

A ces caractères cliniques correspond un tableau anatomique déterminé;

mais on a pas réussi à découvrir des différences anatomo-histologiques entre les eczémas d'origine et de marche les plus diverses.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes opinions qui ont été émises par les divers auteurs sur la nature de l'eczéma. C'est une étude critique très approfondie.

Si on considère les tableaux cliniques innombrables présentés par les éruptions eczémateuses, on se trouve en présence d'un chaos d'affections les plus hétérogènes, chaos qu'il serait nécessaire de débrouiller au point de vue scientifique, mais plus encore au point de vue pratique, l'eczéma étant la plus répandue de toutes les dermatoses.

La diversité des tableaux cliniques indique naturellement une diversité dans l'étiologie et la pathogénie. A quels facteurs doit-on attribuer les différents eczémas ? Tous les facteurs étiologiques sont-ils équivalents ? Si pour le moment il est impossible de répondre d'une manière précise à ces questions, on peut cependant donner une solution satisfaisante des difficultés soulevées.

En s'en tenant à l'expérience acquise à propos de l'inflammation, on peut distinguer : 1° la cause primitive proprement dite de l'eczéma ; 2° les facteurs prédisposants, qui préparent le terrain ; 3° les facteurs qui déterminent la chronicité de cette dermatose.

A côté des causes primitives il y a les influences secondaires qui ne peuvent que modifier la marche ultérieure.

Parmi les causes spéciales de l'eczéma il faut signaler : 1° les actions mécaniques ; 2° les substances chimiques externes ; 3° les substances chimiques, toxiques, internes ; 4° les micro-organismes, bactéries, champignons, peut-être aussi les parasites animaux (cytozoaire); 5° les facteurs nerveux, certains, d'après Bulkley, Leloir, etc.; hypothétiques selon Neisser. A côté de ces facteurs agressifs, il y a les causes prédisposantes : les états généraux : cachexies, anémie ; anomalies de texture des tissus (diathèse « lymphatique », dite scrofuleuse); les anomalies dans les mutations intra-organiques (goutte, diabète, etc.). Certains états du tégument externe, tels que séborrhée, prurigo, psoriasis chronique, mycosis tonsurant, dermatite d'autre genre, etc., tous états qui facilitent l'action des germes d'inflammation de toute nature, favorisent la production d'une inflammation exsudative intense par l'altération vasculaire déjà existante. Puis les anomalies de la tonicité vasculaire, telles que celles résultant de l'éruption des dents chez les enfants ou les névroses vaso-motrices correspondant chez l'adulte aux formes légères de l'œdème aigu, qui agissent parfois comme causes prédisposantes de l'eczéma.

Mais la question de beaucoup la plus importante est la suivante : quels sont les facteurs qui déterminent « la chronicité » ?

Examinons d'abord les eczémas dans lesquels une affection se produit par prolongation et récidive d'éruptions aiguës.

1° Un agent chimique ou mécanique primitif agit parfois d'une manière durable ou répétée. L'auteur cite le cas d'un médecin atteint depuis des années d'éruptions aiguës persistantes ; on finit par découvrir que les plus petites parcelles d'iodoforme suffisaient pour ramener chaque fois l'eczéma.

2° Les lésions produites par l'action primitive, peut-être unique d'agents

chimiques et mécaniques, persistent longtemps aux points primitivement atteints ; ou bien la guérison n'est qu'apparente et laisse des cellules affectées ou des vaisseaux irritables, de sorte que des influences non nocives par elles-mêmes pour la peau saine peuvent faire reparaître l'eczéma.

3° L'extension ultérieure d'eczémas aigus résultera parfois de ce que l'altération des tissus et des vaisseaux produite par les agents chimiques et mécaniques était plus étendue que le faisait supposer la première poussée eczémateuse, correspondant aux points les plus atteints.

4° Si des micro-organismes sont la cause primitive de l'eczéma, les récidives persistantes et l'extension ultérieure s'expliquent facilement.

Les facteurs les plus divers peuvent influer d'une manière secondaire sur la marche de l'eczéma : des conditions créées par la dénudation d'une surface eczémateuse ; l'état de l'organisme malade.

Parmi les premiers on peut admettre les suivants : des micro-organismes peuvent pénétrer, entretenir l'exsudation, empêcher la kératinisation des épithélia ; des agents chimiques, résultant de la profession ou des habitudes journalières (eau, savon), agissent comme causes permanentes d'inflammation et de macération. Par suite de l'absence du revêtement corné et des couches épithéliales superficielles, il se développe des états anormaux d'irritation nerveuse de nature vaso-motrice ou sensitive, qui déterminent une marche chronique. La localisation de l'eczéma peut être la cause de sa chronicité.

Les causes provenant de l'organisme qui influent sur la marche ultérieure de l'eczéma sont les suivantes :

De nature locale : des varicosités, une circulation défectueuse tenant à une localisation défavorable, des anomalies fonctionnelles de la peau (séborrhée, adiposités anormales déterminant de l'anémie), le ramollissement de la couche cornée par macération, hyperhidrose, séborrhée, — toutes ces causes déterminent la chronicité de l'eczéma.

Il en est de même de certains états internes : hyperhémies vaso-motrices résultant d'influences réflexes qui s'ajoutent à l'hyperhémie inflammatoire, l'augmentent, la réveillent, par exemple dans la dentition, les affections utérines, les troubles intestinaux, etc. On doit attribuer à des intoxications, à des additions anormales aux liquides de l'économie la marche chronique des eczémas dans le diabète, dans l'arthrite et peut-être dans d'autres troubles généraux de la nutrition.

Peut-être aussi faut-il rapporter à des conditions anormales de structure les eczémas des sujets lymphatiques. Chez ces individus la peau et les muqueuses sont plus vulnérables, les inflammations locales se produisent plus facilement, ont une marche moins favorable et plus de tendance aux récidives.

Toutes ces considérations du reste sont connues depuis longtemps.

On les trouve indiquées dans l'ouvrage de Hébra et l'auteur se demande comment il a pu se faire que cette théorie de l'eczéma ait été combattue ? Certainement, dit-il, parce que, en général, on ne s'est pas suffisamment rendu compte des idées qu'il avait soutenues. En outre, on ne s'en est plus tenu au tableau anatomo-clinique, à la forme morbide pour apprécier ce

que l'on devait appeler eczéma et qu'on a introduit des critériums arbitraires. Ainsi quelques auteurs, par exemple, Leloir et Brocq, reconnaissent bien comme eczémas les formes aiguës résultant de causes « constitutionnelles » internes ou de causes nerveuses, mais nient absolument que la même affection doive s'appeler eczéma quand elle est due à des causes externes. D'autres, comme Bulkley, excluent de cette classe toutes les maladies eczématiformes provoquées par des causes externes, chimiques, mécaniques ou parasitaires, tandis que d'autres encore (Unna) y maintiennent les eczémas parasitaires. Pour ces auteurs, il y a une « dermatite eczémateuse artificielle » à côté d'un eczéma vrai aigu ayant le même aspect mais dû à des causes internes. L'auteur admet aussi des dermatites provoquées par des causes externes qui ne sont pas des eczémas ; mais quand elles présentent le tableau clinique d'un eczéma, il les appelle aussi des eczémas.

Pour certains auteurs, il n'y a pas d'eczémas aigus ; pour qu'on puisse considérer une dermatose comme eczéma il faut, disent-ils, qu'elle prenne une marche absolument chronique, soit par récidives aiguës et éruptions multiples se produisant à côté et à la suite les unes des autres, soit par la formation d'infiltrats pachydermiques locaux. Il y a là une distinction difficile à comprendre, d'autant que les eczémas chroniques admis par ces auteurs comme tels résultent presque toujours de formes aiguës. Neisser considère comme arbitraire d'établir à posteriori une distinction entre des « eczémas » aigus, qui ne sont désignés ainsi que parce qu'ils deviennent chroniques et des dermatites qui ne doivent pas s'appeler « eczémas » uniquement parce qu'elles guérissent rapidement. Bien qu'on puisse considérer bon nombre d'eczémas dans un certain sens comme « constitutionnels » dans leur évolution par leur alliance et leurs rapports avec des maladies générales, c'est une erreur de vouloir établir absolument pour tous les cas une « maladie » vis-à-vis de la forme morbide et de séparer pour cela des variétés pathologiques identiques, ou du moins inséparables d'après les données de l'observation. De ce qu'on connaît l'étiologie des dermatoses eczémateuses artificielles, tandis que pour l'eczéma nerveux et diathésique on ne peut avoir recours qu'à de vagues hypothèses, ce n'est pas une raison suffisante pour ranger dans des classes différentes en principe des affections d'ailleurs de même nature.

Sans doute il est exact de dire que les « eczémas » artificiels, résultant de causes connues ont en général une marche aiguë, que les autres dont les causes sont inconnues ou hypothétiques ont une marche lente, récidivent, s'étendent, sont souvent difficilement guérissables par un simple traitement local, se transforment en infiltrations chroniques, etc. Mais il ne résulte pourtant de là que la nécessité de chercher constamment à découvrir les causes de cette marche chronique.

Plus les données positives sur ces causes font défaut, plus on devrait se garder d'établir systématiquement une loi générale sur de pures hypothèses. Aussi, selon l'auteur, Hébra lui paraît prendre le point de vue le plus objectif. Cet auteur affirme d'une part que des causes externes peuvent provoquer un eczéma et que des causes purement externes sont à même, par leur intensité variable, par la fréquence de leur action, de déter-

miner aussi un eczéma chronique par voie de grattage et par excitation réflexe ; mais il ne conteste nullement la possibilité qu'un grand nombre de causes internes soient en état de faire naître un eczéma ; il ne nie pas l'influence de la constitution sur la réceptivité de certains individus et sur la marche. Il parle de dyspepsies, de rachitisme, d'anomalies de la menstruation, de chlorose, de grossesse, de lactation, d'alcoolisme, d'influences atmosphériques et de refroidissement. Mais dans ce domaine où les connaissances positives exactes font le plus souvent défaut, il insiste pour qu'on s'en tienne à des notions générales et qu'on ne s'imagine nullement avoir fait un pas important en introduisant des mots sonores tels que : diathèse, états nerveux, etc., et il se demande si ces facteurs sont des causes réellement primitives ou s'ils n'agissent que d'une manière secondaire en modifiant la marche, des causes externes restant peut-être à découvrir. Aussi, selon Neisser, ce n'est pas Hébra qui procède systématiquement, ce sont les auteurs français, anglais, italiens, américains qui nient en principe l'existence d'eczémas dus à des causes externes et qui, en dépit de l'analogie extérieure, de la transformation sans doute fréquente de cette forme en leurs eczémas, créent une nouvelle classe de dermatite artificielle. Ce sont ces écoles qui soutiennent d'une manière exclusive le dogme d'influences seulement générales constitutionnelles, nerveuses, héréditaires — de nature malheureusement tout à fait obscure — comme causes d'eczémas.

Neisser reproduit ensuite la classification de Hardy, concernant les éruptions constitutionnelles, puis celles de Brocq. Tandis que Hardy établit encore une diathèse dartreuse spéciale, correspondant peut-être à l'ancien herpétisme, tandis que Brocq croit devoir distinguer divers eczémas suivant la diathèse, le point de vue de Besnier et de Leloir (et aussi de Gamberini) est beaucoup moins systématique, en dépit de toute affirmation du principe, que les lésions eczémateuses artificielles, produites à volonté, sont loin d'être un eczéma vrai, et qu'il faut distinguer les lésions eczémateuses artificielles de la « maladie », qui n'apparaît en même temps ou consécutivement que chez certaines personnes par suite de l'organisation individuelle. Besnier ne connaît pas de disposition eczémateuse spécifique, ni de formes eczémateuses spéciales ne se manifestant que dans une seule diathèse. Toutes dyshémies et dyscrasies, toutes altérations nerveuses matérielles et fonctionnelles, tous troubles de nutrition et d'excrétion des organes, tous désordres humoraux et résultant d'intoxications au sens le plus large du mot jouent uniformément un rôle, d'après Besnier, dans la genèse de l'eczéma et, ajoute-t-il, « il serait prématuré de chercher à expliquer le pourquoi et le comment ». Leloir dit aussi expressément : « Anatomiquement, on ne peut pas séparer les diverses formes. »

Mais ce point de vue est-il si éloigné de celui de Hébra? L'auteur ne le pense pas. Le débat se réduit à ceci : 1° Doit-on, comme l'école de Vienne, appeler eczémas ou non, les dermatites aiguës artificielles qui se présentent sous la forme d'un eczéma? 2° dans les cas où l'on ne trouve pas de causes externes, est-il préférable d'admettre seulement la possibilité de causes internes ou d'avouer son ignorance?

Neisser se range à l'avis de Hébra, 1° parce qu'on appelle eczéma ce qui se manifeste sous cette forme morbide, et 2° parce qu'en réalité, la maladie reconnue de tous comme eczéma, se présente très souvent comme la continuation directe de ces premières éruptions aiguës et avec les mêmes caractères dermatologiques.

L'auteur examine ensuite les théories soutenues principalement par Gamberini, Bulkley, Leloir et Schwimmer.

Les trois premiers ne considèrent aussi comme eczémas que ceux pouvant être interprétés comme une affection constitutionnelle, mais sans admettre une anomalie constitutionnelle déterminée de l'organisme; pour eux, il n'y a pas diverses diathèses avec des formes eczémateuses spécialement caractérisées.

Pour Gamberini, le point culminant de l'eczéma se trouve dans l'existence d'une « névrite qui s'accompagne de la lésion inflammatoire des capillaires ». Mais on ignore si la névrite est primitive ou ne s'est développée qu'à la suite de la dermatite due à des causes quelconques. D'après la théorie de Gamberini, on arriverait tout au plus à conclure que des irritations externes artificielles ne peuvent provoquer un eczéma que si elles déterminent directement ou indirectement la névrite.

On sait que Leloir divise les dermatonévroses en dermatonévroses avec lésions constatées anatomiquement, et en dermatonévroses sans lésions anatomiques reconnues jusqu'ici. Des eczémas se trouvent dans la deuxième classe : 1° comme dermatonévroses réflexes (provoquées par la dentition, par des troubles utérins); 2° comme dermatonévroses par choc moral, — chez les individus prédisposés, le choc moral déterminera des symptômes cutanés plus intenses que ceux de la première catégorie et permanents au lieu d'être passagers. Leloir regarde même la relation étiologique entre les troubles nerveux et les dermatoses, y compris les eczémas, comme si sûrement établie, qu'en beaucoup de cas il voit dans ces dernières — ses dermatonévroses indicatrices — le premier symptôme diagnostiqué d'une affection nerveuse non encore reconnue.

Bulkley invoque les facteurs les plus divers à l'appui de sa manière de voir, d'après laquelle des causes nerveuses spéciales joueraient un rôle important dans l'étiologie de l'eczéma — considéré toujours comme affection constitutionnelle :

1° Les rapports anatomiques et physiologiques des nerfs avec la peau;

2° Des raisons cliniques, observations d'eczémas dans les neurasthénies, ou comme suite de chocs nerveux et psychiques, ou comme phénomène réflexe d'origine interne ou périphérique, ou comme produits de névroses organiques et fonctionnelles, ainsi que d'encéphalopathies et de myélopathies. Enfin il trouve un argument en faveur de son opinion dans l'utilité des nervins à l'intérieur et du traitement électrique.

Tandis qu'on se représente, bien que sous une forme beaucoup moins spéciale et seulement au point de vue général, l'influence des affections nerveuses comme s'exerçant surtout par la voie vaso-motrice, Bulkley et Leloir voient les causes nerveuses de l'eczéma principalement dans une influence trophonévrotique, c'est-à-dire dans une influence défavorable à la nutrition et à la réparation.

Schwimmer est un partisan convaincu de la théorie suivant laquelle l'eczéma ferait partie des affections papuleuses trophiques. Il cite des cas d'apparition simultanée de névralgies, ataxies avec eczéma ; il croit pouvoir constater une localisation formelle de l'eczéma sur le trajet de certains rameaux nerveux ; il attache une importance tout à fait spéciale à la symétrie et interprète le prurit comme une hyperesthésie à l'appui de sa manière de voir.

Reste la question des alternances des affections cutanées et des éruptions internes. Pour Hardy, les deux manifestations sont coordonnées et résultent d'une seule et même cause diathésique. Il n'a pu que constater çà et là un balancement direct entre l'éruption interne et l'éruption cutanée.

Brocq fait un pas de plus dans cette voie. Non seulement il constate le fait « des alternances entre les manifestations cutanées et certaines manifestations viscérales », ainsi que « la notion vulgaire que la disparition rapide d'une éruption eczémateuse peut être suivie de congestions pulmonaires » les plus dangereuses. Mais il en conclut que dans beaucoup d'eczémas aigus et chroniques, spécialement chez les sujets atteints de bronchite, d'asthme, chez les arthritiques, névralgiques, mélancoliques, dans la maladie de Bright, etc., il ne faut procéder au traitement local qu'avec beaucoup de prudence. Gamberini admet aussi la possibilité de l'alternance et de la formation des métastases dans les organes internes.

Enfin Gaucher se rattachant directement à la théorie de Bazin sur l'importance des altérations humorales pour l'étiologie des dermatoses, considère les eczémas et affections voisines comme des « métastases chimiques » ; il place sur le même rang les affections humorales des eczémateux et celles des goutteux, des diabétiques et des urémiques.

Selon Schiff, l'eczéma serait aussi, du moins chez l'enfant, très souvent un symptôme, une manifestation extérieure d'un état général constitutionnel.

Petrini admet qu'un traitement local est toujours nécessaire et de plus soutient avec raison qu'un dermatologiste devant être avant tout un médecin, verra dans chaque cas s'il ne doit intervenir que localement ou s'il doit traiter aussi l'état général.

Besnier s'en tenant au point de vue objectif regarde, il est vrai, l'alternance comme possible (comme sûrement observée) et par suite devant entrer en ligne de compte dans le traitement à appliquer, mais il s'abstient pour le moment de conclusions générales.

Sur la question de la transmission héréditaire de l'eczéma, Hardy, Brocq, Gamberini et Besnier croient devoir se prononcer d'une manière formelle en faveur d'une disposition héréditaire à cette affection. Cette question se confond du reste avec celle de l'interprétation de l'eczéma comme maladie constitutionnelle.

Unna, contrairement aux auteurs précédents, base sa conception de l'eczéma sur des considérations purement étiologiques. « Les eczémas, dit-il, sont des catarrhes chroniques, parasitaires de la peau, avec desquamation, prurit et tendance à répondre à des irritations par une exsudation et une inflammation plus forte. » Selon Neisser, cette théorie ne résiste pas à un examen rigoureux.

D'après cet auteur, le premier symptôme de l'eczéma est la chronicité et il entend par là une marche chronique en opposition avec une éruption unique à marche rapide. Mais même en admettant le point de vue étiologique, l'origine parasitaire, l'affection qui en résulte ne doit pas toujours être chronique.

Puisque Unna reconnaît comme eczémas des poussées aiguës se produisant au cours chronique de la maladie, pourquoi une première éruption à marche rapide ne peut-elle être aussi un eczéma? On peut objecter, il est vrai, que les poussées aiguës ne sont pas dues aux parasites de l'eczéma, mais à des irritations accidentelles quelconques, qui s'exercent sur le terrain préparé par les parasites.

Le deuxième signe principal de la définition de l'eczéma d'Unna est le caractère parasitaire. Voici ses raisons :

1° Le caractère parasitaire de l'eczéma séborrhéique, qui est pour lui le type principal des eczémas. Mais l'interprétation générale de l'eczéma séborrhéique est une manière de voir personnelle, non partagée par la plupart des auteurs ; chez tous la conception de cette forme d'eczéma est absolument différente. Même chez Brocq, il n'est pas du tout question d'un type bien établi au sens d'Unna, d'une entité pathologique. Le caractère parasitaire de l'affection en question est reconnu pour la forme non eczémateuse ; partout où apparaît réellement un eczéma, on invoque une autre cause que les parasites.

2° « Les parasites seuls expliquent la chronicité et transforment en eczéma vrai (à marche chronique) des dermatites quelconques à marche aiguë. »

Cette hypothèse parasitaire explique le mieux les récidives, l'émigration, l'extension des eczémas. Mais il faudrait tout d'abord prouver que des micro-organismes interviennent activement. On sait en effet que toute notre couche cornée est traversée par des microbes, par suite il n'y a rien à déduire de ce fait naturel, existant dans toutes les dermatoses. Aussi Unna a-t-il dû expliquer longuement l'importance toute spéciale pour la production de l'eczéma de l'amélioration du terrain nutritif, à savoir la peau, par des conditions préexistantes et accidentelles.

« Ce qu'ont de commun toutes les causes qui ont été discutées dans les traités publiés jusqu'ici, c'est quelles sont capables d'influencer la peau, spécialement l'épiderme et les liquides nutritifs et exsudats qui y pénètrent d'une manière favorable au développement des germes spécifiques. » Mais on ne sait rien au sujet de ces germes spécifiques. Les causes accessoires nécessaires d'Unna paraissent être les causes principales absolument nécessaires.

Dans les eczémas professionnels considérés comme parasitaires, aussi longtemps que le facteur nocif externe chimique (ou autre) n'agit pas, la peau paraît saine, dans tous les cas on ne voit rien du tableau morbide de l'eczéma. Ce n'est que le nouvel agent d'inflammation qui détermine l'eczéma, lequel peut, il est vrai, succéder comme forme à une dermatose parasitaire préalable. Par conséquent dans ces eczémas professionnels parasitaires, l'affection mixte se compose d'une affection parasitaire et d'un eczéma. Les causes de l'eczéma ne sont pas les parasites — ceux-ci

déterminant tout au plus la localisation, — mais au contraire l'eczéma prête aide et assistance au développement des parasites.

Il y a également peu de chose à déduire de l'hypothèse que ce sont peut-être seulement les produits chimiques des bactéries qui déterminent l'irritation eczémateuse des mutations organiques, sans que ceux-ci pénètrent eux-mêmes dans les parties profondes.

Mais — et c'est là l'argument principal d'Unna — *cessante causa, cessat effectus*. Autant cette proposition est exacte, autant il est faux de n'admettre que les micro-organismes comme causes efficientes.

Neisser regarde le rôle des microbes dans la genèse et dans la marche ultérieure de l'eczéma comme très important dans bon nombre de cas et de formes, même comme décisif sous beaucoup de rapports.

Un autre critérium montrant jusqu'à quel point la théorie parasitaire d'Unna est justifiée, est fourni par le mode de traitement et ses résultats. Mais dans l'eczéma il en est tout autrement que dans la blennorrhagie, pour le traitement de laquelle Neisser à démontré depuis longtemps que le seul traitement rationnel est celui qui supprime les causes bactériennes sans activer le processus inflammatoire. On sait, en effet, qu'Unna attache tout autant d'importance au traitement du terrain nutritif — c'est-à-dire à l'état, à l'irritabilité de la peau, etc. — qu'à la cause même de l'eczéma.

Voici ce qu'il dit : le choix des remèdes et leur mode d'emploi dépendent pour tous les eczémas du degré de l'inflammation. N'est-ce pas ce même traitement symptomatique que, partant des points de vue différents, on emploie toujours ? Et les résultats satisfaisants de ce traitement ne sont pas toujours attribuables à une action antibactérienne. Les remèdes recommandés par Unna contre le type d'un eczéma parasitaire n'ont pas précisément un caractère antiparasitaire commun.

Un autre point faible de l'argumentation d'Unna serait que les parasites qui, d'après lui, provoqueraient l'eczéma — peut-être des champignons à mycélium ? — ne sont pas distingués des microbes — bactéries probablement ? — qui agissent comme simples germes d'inflammation, sans donner du reste à l'affection un caractère spécial.

C'est seulement lorsqu'on connaîtra tous ces parasites qu'il sera possible d'édifier une nouvelle théorie de l'eczéma en se fondant sur l'élément parasitaire.

Une partie de ces objections semblent disparaître par le fait qu'Unna paraît entendre par eczéma une dermatose autre que la nôtre et beaucoup moins étroitement limitée. Pour lui, il comprend par eczéma « un catarrhe avec desquamation, prurit, tendance à répondre à des irritations par une exsudation et une inflammation plus vive.

Comme le fait observer avec raison Neisser, la définition d'Unna se distingue essentiellement de celle de Wilson, il en a supprimé le point principal. En effet, selon le dermatologiste anglais : l'eczéma est une inflammation chronique de la peau, s'accompagnant de desquamation, d'exsudation et de prurit. Wilson regarde l'exsudation comme un symptôme essentiel, tandis que, pour Unna, l'exsudation ne peut résulter que de facteurs secondaires, de complications. Tout eczéma n'aboutit pas, il est vrai, forcément à l'exsudation, mais son absence n'est que la suite

de circonstances accidentelles favorables, d'une irritation eczémateuse légère. C'est là pour nous une marche abortive, pour Unna une marche normale.

On sait que les idées exprimées par Besnier ne diffèrent pas de celles exprimées ci-dessus : « l'eczéma n'est pas toujours parasitaire, ou s'il en était ainsi, il devrait perdre son nom, mais même en reconnaissant que certaines formes d'eczéma sont d'origine parasitaire, tant que nous ne savons pas quel est celui des microphytes de la riche flore cutanée qui provoque la maladie, cette thèse ne peut être soutenue sérieusement dans le sens de la généralisation. Dans l'état actuel de la science, il y a trop de choses que nous ne savons pas et que, par suite, nous ne comprenons pas, de telle sorte qu'il est préférable d'ajourner des discussions de ce genre ».

Si le rôle des bactéries en tant que germes primitifs de l'eczéma est encore très hypothétique, l'importance des infections bactériennes mixtes est complètement démontrée, soit pour la marche de l'eczéma lui-même, soit pour un grand nombre d'affections consécutives s'ajoutant à l'eczéma. Pick a démontré que les formes eczémateuses pustuleuses et impétigineuses doivent être envisagées comme des affections secondaires résultant d'une invasion de microcoques du pus. Ce point de vue déjà indiqué par Devergie, est soutenu par Leloir, Brocq, Dubreuilh, qui attribuent tout impétigo, soit à la période croûteuse, associé à l'eczéma (eczéma composé, Devergie, eczéma inoculé par l'impétigo, Zelou), soit comme forme morbide spéciale (impétigo contagieux), soit comme ecthyma, soit comme gale pustuleuse, à l'inoculation superficielle de microbes pyogènes, produite généralement par le grattage. Toutefois une suppuration cutanée en surface peut survenir aussi par voie chimique, sans micro-organismes, comme l'a démontré v. Sehlen ; mais cette observation est sans importance pour les eczémas impétigineux.

Quant à la seule forme parasitaire réellement connue, l'eczéma marginé, il est en général regardé comme la combinaison d'un herpès tonsurant avec un eczéma. Mais il est probable que sous ce nom il y a toute une série de combinaisons très diverses, eczéma non seulement avec le mycosis tonsurant, mais encore avec toutes les affections parasitaires possibles, connues et inconnues (cette opinion est aussi soutenue par Besnier).

En ce qui concerne l'eczéma séborrhéique sur lequel Unna a basé sa théorie des caractères parasitaires des eczémas en général, il distingue trois variétés : squameuse, croûteuse et exsudative, qui du reste peuvent coexister.

Comment Unna se représente-t-il la séparation étiologique de ces trois formes, qui ne doivent pas être regardées comme des phases diverses d'un processus morbide à marche typique ? Ou bien, s'il existait réellement un eczéma séborrhéique avec les trois formes ci-dessus, un seul micro-organisme doit déterminer ces processus entièrement différents, ou bien il y a trois micro-organismes, un pour chacune des trois formes morbides et alors il y aurait trois eczémas séborrhéiques ; ou enfin la séborrhée joue le rôle principal affirmé par Unna, ce qu'indique le nom, mais alors les microbes et en même temps toute la théorie de l'eczéma d'Unna passent à l'arrière-plan.

Abstraction faite de cette objection générale, Neisser n'admet ce type d'eczéma en aucun cas. Il est certain qu'Unna a eu le mérite d'établir comme tableau morbide spécial une forme pathologique souvent confondue jusqu'ici avec d'autres dermatoses, mais l'auteur ne saurait se résoudre à admettre toute la conception de l'eczéma séborrhéique d'Unna et son extension exagérée à presque tous les eczémas et même à des dermatoses non eczémateuses.

Relativement à la forme squameuse, ce ne serait pas, d'après Neisser, un eczéma, à peine une dermatose inflammatoire, elle est et reste une affection primitive des glandes sébacées, s'accompagnant tout au plus de légères altérations inflammatoires secondaires. C'est l'avis de Brocq, et aussi de Brooke. Ce dernier auteur décrit la variété squameuse de cet eczéma comme une hypersécrétion de la matière grasse, à laquelle peuvent s'ajouter tout au plus une légère hyperhémie et une dermatite minime, due peut-être à un ou plusieurs microbes. La dermatite ainsi produite déterminerait une irritation spécifique des fonctions adipogènes de la peau. Mais ce n'est pas un eczéma.

Pourtant l'eczéma peut résulter de l'intervention d'autres causes, ou bien l'irritation séborrhéique elle-même donne naissance à l'eczéma, ou bien une tache eczémateuse existant déjà peut devenir séborrhéique.

Il ne saurait admettre non plus la deuxième variété dite croûteuse d'Unna, comme eczéma.

Cette variété a été décrite sous différents noms : eczéma marginé, Hardy; lichen annulatus serpiginosus, Wilson; seborrhœa corporis, Duhring; steatorrhœa corporis, Liveing; pityriasis ou eczéma acnéique du sternum, Bazin; eczéma de la flanelle, circinnaria, Payne.

C'est une affection sèche, presque toujours restant sèche, avec infiltration inflammatoire très faible et sans aucune transsudation, affection très voisine du psoriasis et de nature si superficielle que, sur les régions pilaires, les poils ne tombent pas et il n'y a aucune participation des follicules.

Or, cette affection n'a pas de caractère eczémateux, elle est nettement parasitaire ; le parasitisme peut être déterminé par des altérations séborrhéiques de la peau sous le rapport de la plus grande facilité d'inoculation des germes morbides et par la localisation des parties atteintes. Le nom de mycosis séborrhéique donnerait lieu à moins d'erreurs, mais la place de cette maladie serait plutôt à côté du psoriasis, elle n'en diffère que par une plus grande tendance à des complications inflammatoires. Si ce mycosis se transforme en eczéma, la forme eczémateuse est une complication. L'auteur est encore ici d'accord avec Brooke, Brocq, et autres auteurs. Bœck voit spécialement le germe de la maladie dans un saccharomyces trouvé en quantités énormes et la cause de la localisation dans la sécrétion sudoripare.

La troisième variété d'Unna est bien eczémateuse, mais dans cette dermatose la forme eczémateuse se trouve tellement en concurrence avec le caractère indubitable de la maladie (forme circinée et serpigineuse) et si souvent avec des anomalies séborrhéiques de la peau (localisation spéciale et mode d'extension), que pour le moment il semble impossible de déter-

miner quel est le facteur le plus important pour interpréter et dénommer l'affection.

Pour désigner la maladie dans son ensemble, le nom d'eczéma parasitaire séborrhéique est celui qui conviendrait le mieux. Du reste il est possible que la troisième et la deuxième variété d'Unna soient des formes de la même mycose et que la troisième ne diffère de la deuxième que par la complication eczémateuse grave. On ne sait pas si les parasites déterminent la séborrhée ou si c'est le terrain séborrhéique qui, en tant que terrain de culture favorable, permet l'immigration de certains parasites, favorise leur action, détermine leur localisation. On ignore aussi les rapports de la séborrhée avec l'eczéma et ceux des parasites avec l'eczéma.

Brocq, en dehors des parasites et de la séborrhée, exige encore ici une prédisposition constitutionnelle ; les foyers séborrhéiques sont des *loci minoris resistentiæ* et en outre la séborrhée exerce une influence modificatrice sur l'eczéma qui se développe en beaucoup de points.

Voici l'opinion de Neisser relativement à la séborrhée en général : Il croit qu'Unna a raison de désigner sous le nom d'hyperhidrose huileuse ce qu'on a appelé jusqu'ici séborrhée huileuse. Il est porté, comme Besnier, à attribuer aux glandes sébacées non seulement un rôle passif, comme le fait Unna, mais une participation à la production des masses séborrhéiques, squameuses et croûteuses, qui se déposent sur la peau.

Il est certain que là où existe une séborrhée abondante, celle-ci peut créer une prédisposition à l'eczéma ou influencer sa marche d'une manière défavorable. Mais il regarde comme exagéré d'attribuer à la séborrhée une part aussi exclusive à la pathogenèse des eczémas que le fait Unna. Il a vu un grand nombre d'eczémas sans séborrhée et d'innombrables séborrhées, existant depuis des années, sans eczéma. Même dans les cas où une abondante séborrhée, une hyperhidrose huileuse, etc., se rencontre chez des eczémateux, le rapport étiologique n'est pas démontré *ipso facto.* Comme beaucoup d'autres dermatoses, un eczéma peut n'être que combiné avec une séborrhée et être modifié par elle. C'est le cas surtout pour la deuxième variété d'Unna, la variété croûteuse de l'eczéma séborrhéique, qui peut être, comme cela a été dit, une mycose spéciale sur un terrain séborrhéique ou favorisée par une séborrhée. Pour le psoriasis également, Neisser admettrait avec Brooke, Brocq, Leloir qu'en certains cas une sécrétion adipeuse intense de la peau peut modifier l'aspect d'une plaque de psoriasis au point de rendre le diagnostic très difficile. Toutes les recherches faites jusqu'ici sur le prétendu eczéma séborrhéique n'ont donné, sous aucun rapport, un point d'appui à la déduction d'Unna.

Neisser n'a jamais rien découvert de caractéristique pour l'eczéma séborrhéique. On ne trouve pas ce qu'Unna regarde comme typique pour cette variété d'eczéma, l'altération œdémateuse des dernières couches de cellules épineuses et des premières couches de cellules cornées, dans les formes sèches de l'eczéma séborrhéique d'Unna. Dans sa description, il n'est pas question de graisse ; par contre, on voit, dans l'atlas de Vidal et Leloir, une préparation par l'acide osmique et le picro-carmin, provenant d'Unna, avec une grande quantité de graisse dans les couches profondes et les prolongements coniques du réseau de Malpighi, ainsi que dans les

canaux des glandes sudoripares. Mais, d'après les recherches de Ledermann, ces constatations en apparence caractéristiques pour la séborrhée, n'ont plus une importance absolument décisive. Il a constaté dans la peau normale une coloration analogue et presque de la même intensité par l'acide osmique, ce qui rend douteux que la proportion de graisse de la peau d'un eczéma séborrhéique joue un rôle quelconque dans la pathogénie de l'eczéma.

En résumé, Neisser est d'accord avec Unna pour voir dans certaines variétés de l'eczéma séborrhéique, dans les formes sèches, un type morbide spécial; cette affection cependant n'a rien de commun avec l'eczéma, mais représente une mycose de nature spéciale dont les parasites sont inconnus. La forme eczémateuse est la combinaison avec cette mycose d'un eczéma produit par des causes diverses. Dans tous les cas, il sera nécessaire de trouver un nom plus approprié pour remplacer la dénomination confuse et inexacte d'eczéma séborrhéique.

A propos de l'eczéma tuberculeux d'Unna, il croit que tant qu'il s'agit d'un eczéma c'est un eczéma scrofuleux, lymphatique, non un eczéma tuberculeux ; dès qu'il renferme des bacilles tuberculeux, il cesse d'être un eczéma véritable, c'est (combiné avec l'eczéma) un lupus ou une autre forme de la tuberculose cutanée.

En terminant cette étude, Neisser explique qu'il entend par eczéma une forme morbide bien caractérisée au double point de vue clinique et anatomique, débutant d'une manière aiguë, devenant généralement chronique, qui se présente avec les caractères typiques d'un catarrhe humide, avec desquamation, inflammation, plus ou moins aiguë. L'intensité du processus et la durée de la maladie varient avec la nature de la cause, la durée de l'action, avec l'état de la peau atteinte ou de l'individu malade.

Les symptômes typiques : l'inflammation accompagnée d'exsudation, et l'altération épithéliale ne doivent pas faire défaut dans l'évolution normale, à moins qu'ils ne soient empêchés par des influences spéciales ou que la cause primitive, dans des cas particuliers, agisse dès le début trop peu de temps ou trop faiblement, de façon à ce qu'il ne se produise ni exsudation, ni tuméfaction caractérisée, ni catarrhe intense. Ce sont alors des formes abortives qu'il faut ranger dans les eczémas, tandis qu'on ne saurait admettre comme eczémas les éruptions décrites sous ce nom par Unna, qui, malgré leur longue durée, ne passent jamais par les formes typiques de la vésicule, de la plaque humide rouge et finalement de squames.

Neisser divise la classe de l'eczéma de la manière suivante :

1° L'eczéma aigu circonscrit, provoqué par des causes externes quelconques (dermites artificielles eczématiformes de Leloir) dans lequel il fait entrer aussi les eczémas aigus qui seront peut-être reconnus comme parasitaires (dermatites parasitaires eczématiformes de Leloir).

2° L'eczématose, pour désigner les éruptions aiguës ou subaiguës multiples, survenant simultanément et successivement et constituant par leur ensemble une maladie de longue durée. On pourra établir ici une subdivision suivant que des causes externes connues ou supposées joueront le

principal rôle, ou qu'il s'agira surtout d'une diminution de la résistance de tout l'organisme vis-à-vis des influences externes, ou que des causes réellement internes seront reconnues comme le point de départ de l'eczéma.

3° On ne laissera dans cette classe l'eczéma chronique localisé qu'autant que le processus eczémateux, évoluant dans les couches supérieures de la peau, prédominera dans le tableau clinique sur l'infiltration et l'hyperplasie pachydermique du tissu conjonctif.

En face de toute cette classe d'eczémas il en est une autre de dermatites parasitaires qui renferme : le mycosis trichophytona, le mycosis (ou eczéma) séborrhéique, le pityriasis rosé, l'eczéma folliculaire des Anglais, le psoriasis, enfin aussi l'épithéliomatose eczématoïde de la mamelle, — l'auteur partage l'avis de Besnier pour désigner ainsi la maladie de Paget.

Si laissant de côté ce point de vue pathologique, on prend pour base l'étiologie, il faudrait plus tard ranger une grande partie des eczémas typiques dans la classe des dermatites parasitaires et les séparer des autres eczémas. Actuellement l'auteur ne connaît aucune forme eczémateuse typique, dans laquelle l'eczéma serait produit par des parasites. De même le favus, le pityriasis versicolore, l'érythrasma, bien que n'étant pas de nature inflammatoire mériteraient d'être rangés parmi les dermatoses parasitaires ci-dessus ; mais actuellement la fusion de ces deux points de vue est impossible.

Neisser se déclare partisan de la séparation effectuée par des dermatologistes français entre les formes inflammatoires de lichen (lichen de Willan et Bateman) et les eczémas.

Comme thérapeutique, l'auteur, en l'absence de données étiologiques, conseille surtout un traitement antiphlogistique symptomatique. Tout en admettant qu'une grande partie des eczémas cèdent au traitement local, il recommande aussi une médication générale dans les cas où elle est nécessaire, mais toujours avec le traitement local. Quant à savoir si on doit dans tous les cas traiter un eczéma ou si on a à craindre des dangers pour l'organisme de la suppression d'une éruption de ce genre, il n'a rien observé personnellement qui puisse lui inspirer cette crainte. Mais en dépit de cette incertitude, aucun médecin ne saurait rester dans le doute, au sujet des mesures thérapeutiques à prendre, s'il a une instruction générale jointe à des connaissances spéciales en dermatologie.

A. Doyon.

Érythème scarlatiniforme. — A. H. Ohmann-Dumesnil. Erythema exfoliativum recurrens. (*The St-Louis medical and surgical Journal*, juillet 1893, p. 9.)

L'auteur croit que l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant est une affection plus commune que ne semblerait le faire penser au premier abord la pénurie de la littérature médicale sur ce sujet. Il résume quelques-unes des dernières observations publiées en Amérique, le cas de J. Frank et de Sandford paru en août 1891 dans l'*American Journal of the medical sciences*, les deux cas de H. W. Blanc (*International clinics*, octobre 1891), celui de W. T. Bolton (*Journal of cutaneous and genito-*

urinary diseases, janvier 1893). Puis il publie une observation personnelle inédite. Elle a trait à une femme de 26 ans, de bonne santé habituelle, ayant eu un enfant et une fausse couche. En septembre 1891, elle fut prise brusquement de nausées, de vomissements, de fièvre intense et de douleurs généralisées. Le lendemain parut une éruption qui gagna peu à peu tout le corps à l'exception de la face et du cou : elle était à type érythémateux et s'accompagnait d'un prurit des plus intenses. Le troisième jour, la peau prit comme un aspect œdématié ; l'épiderme commença à se fendiller et à se séparer du derme : aux pieds et aux mains les lambeaux d'épiderme qui se détachèrent simulèrent des gants et des sandales. Sur tout le corps, sauf au cuir chevelu et au visage, la desquamation se fit en larges lambeaux. Les ongles restèrent indemnes. La peau sous-jacente avait une coloration rouge vif et était très prurigineuse : la poussée dura une semaine environ. En juin 1892 et en décembre 1892, la malade eut deux autres poussées éruptives semblables à la première. Chacune de ces poussées se produisit une semaine avant les règles. La malade a remarqué que la quinine lui donne toujours des picotements et des cuissons dans le pouce : elle pense que c'est la quinine qui lui a donné ces poussées éruptives.

L'auteur entre ensuite dans une longue discussion théorique anatomo-pathologique pour savoir si ces faits méritent le nom d'érythème ou celui de dermatite, et il pense qu'ils doivent réellement recevoir celui d'érythème.

Au point de vue pathogénique, il croit que l'érythème scarlatiniforme desquamatif est sans aucun doute un trouble d'origine trophique.

L'auteur regrette que les travaux déjà parus sur l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant soient rares : qu'on nous permette donc de nous étonner qu'il semble ignorer complètement l'existence de certains d'entre eux, et en particulier tout ce que j'ai écrit sur ce sujet en 1882, 1884, 1889.

Cependant ma description de 1884, qui est la première description didactique complète de l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, a paru en 1885 dans le journal américain de dermatologie.

En parlant de l'étiologie et de la pathogénie de cette curieuse affection, l'auteur a laissé de côté le point le plus intéressant, qui consiste à rechercher le rôle exact joué par les médicaments et les divers ingesta dans la genèse de ces accidents. L. B.

Éruptions médicamenteuses. — Radcliffe Crocker. Eruptions from bromides and iodides. (*The Brit. med. Journ.*, 2 décembre 1893, p. 1208.)

L'auteur fait précéder son étude sur les éruptions bromiques et iodiques, de quelques considérations sur les dermatites médicamenteuses en général. Les dermatites, dit-il, peuvent simuler un grand nombre de lésions cutanées, comme celles dues à la vaccine, à la variole, à la syphilis, à la rougeole, à la scarlatine, au rötheln.

Pour que les médicaments produisent une dermatite, il faut l'une quelconque ou la réunion des conditions suivantes : 1° l'idiosyncrasie ; 2° une

affection rénale ou cardiaque; 3° l'emploi de doses considérables ; 4° la continuité de la médication.

Presque toutes les lésions produites par les médicaments offrent un type dermatologique commun, de sorte que l'on ne peut poser le diagnostic exact que par les commémoratifs. Seules, la pigmentation due à l'arsenic et au nitrate d'argent, et certaines lésions bromiques et iodiques, offrent des caractères particuliers.

L'action des bromures et des iodures s'exerce probablement d'une manière directe et spéciale sur les parois vasculaires.

Éruptions bromiques. — Celles-ci peuvent être érythémateuses, urticariennes, squameuses, bulleuses ou pustuleuses.

Les trois premières formes n'offrent pas de caractères dermatologiques bien spéciaux. L'auteur s'occupera surtout des deux dernières et ne parlera de la forme bulleuse qu'à l'occasion des éruptions iodiques.

La forme pustuleuse discrète n'offre pas non plus de caractères spéciaux; il en est tout autrement pour la *forme à pustules conglomérées* qui constitue une éruption souvent formidable.

L'auteur relate des observations (avec planche) de cette forme, chez des enfants. Ces derniers sont victimes plus souvent que les adultes.

Voici la description de l'élément éruptif :

C'est une surface vasculaire rouge surélevée, douce au toucher, au niveau de laquelle sont étroitement agglomérées de petites pustulettes de la dimension d'une tête d'épingle.

L'élément dans son ensemble a les dimensions moyennes d'une pièce de 10 centimes. Cette description fait peut-être penser à l'anthrax, mais il n'y a pas de douleurs, le rouge est brillant, non livide, la base est souple au delà du niveau des bords. Il n'y a pas de sécrétion purulente centrale, et le pus se concrète en une croûte brun jaunâtre.

Une autre particularité de l'éruption est son affinité pour le tissu cicatriciel. Ainsi l'auteur a souvent vu les lésions développées aux cicatrices de vaccine. Ce fait seul montre que les glandes de la peau ne sont pas le siège des lésions. Bien que ces lésions soient d'aspect formidable, elles ne laissent pas de cicatrices, car elles sont presque entièrement situées dans la couche papillaire du derme. Dans quelques cas intenses, l'éruption a pu revêtir un aspect pseudo-papillaire, et il est intéressant de remarquer qu'une des premières observations publiées d'éruption bromique et due à Beigel porte le diagnostic de papillome de la peau.

Éruptions iodiques. — L'auteur s'occupe surtout de la forme bulleuse. Il rapporte l'intéressante observation (avec planche) d'un homme de 30 ans, peintre, chez lequel la face et le cou étaient principalement atteints, et qui souffrait d'albuminurie. Les bulles étaient les unes discrètes ; d'autres, confluentes, malgré leur apparence bulleuse : ces éléments à la piqûre ne donnaient issue qu'à une petite goutte de liquide clair. C'est que ces bulles sont en réalité le plus souvent solides.

L'auteur a pu biopsier quelques-uns de ces éléments et l'examen histologique lui a permis de se convaincre de cette particularité.

L'auteur s'occupe alors des éruptions bulleuses bromiques; puis il compare entre elles les éruptions dues au bromure et à l'iodure. Celles-ci

se ressemblent par bien des points, mais se différencient pourtant par quelques caractères.

Les éruptions bromiques composées sont, règle générale, plus pustuleuses, les éruptions iodiques plutôt bulleuses ou pseudo-bulleuses. D'autre part, on n'observe jamais, dans les éruptions iodiques, d'agglomération de pustules comme celles qui ont été décrites plus haut. Les éruptions bromiques sont plus fréquentes chez les enfants, tandis que les éruptions iodiques apparaissent surtout chez les adultes. On a vu sur des nourrissons des accidents bromiques reconnaissant pour cause la médication bromique chez la mère-nourrice.

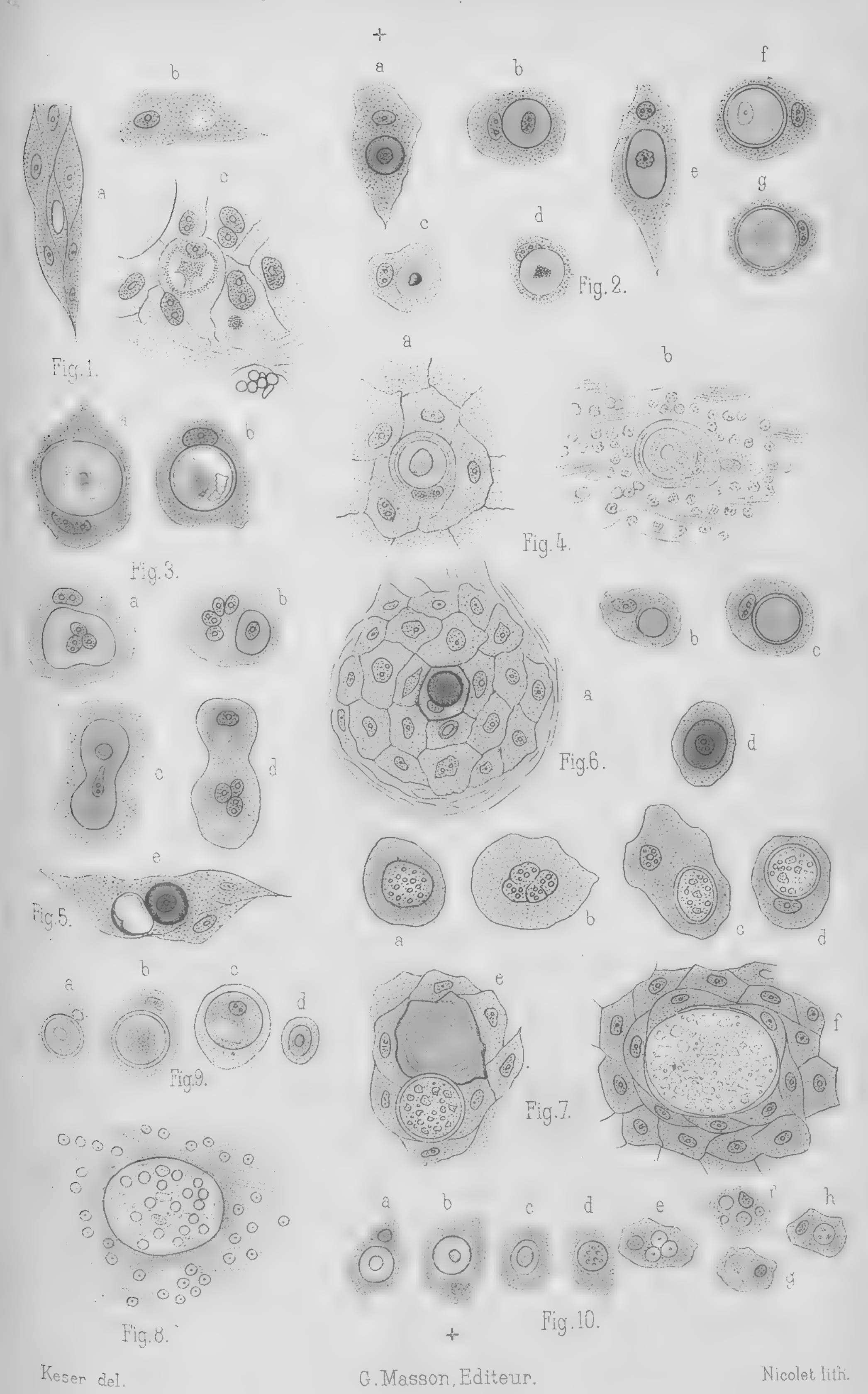
Traitement. — Après avoir aussitôt cessé le médicament nocif, on administre des diurétiques et surtout de l'arsenic. Localement, il suffit d'appliquer des pommades antiseptiques, boriquées. Les indications prophylactiques sont efficaces. Ne jamais administrer d'iodures en cas d'affection rénale ou cardiaque. Dans les traitements bromiques de longue haleine, comme pour l'épilepsie, interrompre un jour ou deux par semaine. Ajouter à la médication de l'arsenic, à raison de deux à trois gouttes de liqueur de Fowler, mais sans continuer trop longtemps, par crainte des pigmentations et des kératoses possibles. Enfin, antiseptiser le tube digestif avec le naphtol ou le salol. LOUIS WICKHAM.

Lèpre. — E. BODIN. Note sur un cas de lèpre. (*Médecine moderne*, 25 octobre 1893, p. 1022)

Homme de 44 ans, ayant contracté la lèpre pendant un séjour prolongé en Espagne. Sur la face, cicatrices nombreuses, vestiges d'ulcérations antérieures, alopécie sourcilière presque complète; cicatrices nombreuses sur les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds; nodosités sur les nerfs cubitaux; diminution de la sensibilité au niveau des cicatrices de la face, et, sur les membres, avec dissociation dite syringomyélique en certains points. Le point important de l'observation est la constatation du bacille de Hansen en très grande abondance dans le produit du raclage, d'une ulcération à type de mal perforant siégeant au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil : la recherche du bacille dans des ulcérations a donné des résultats négatifs à la plupart des auteurs qui l'ont faite ; M. Morestang en a cependant obtenu des résultats positifs que confirme l'observation de M. Bodin. Ce procédé de diagnostic peut être utile dans des cas douteux et, lorsqu'il fournit un résultat positif, remplace avantageusement la biopsie. GEORGES THIBIERGE.

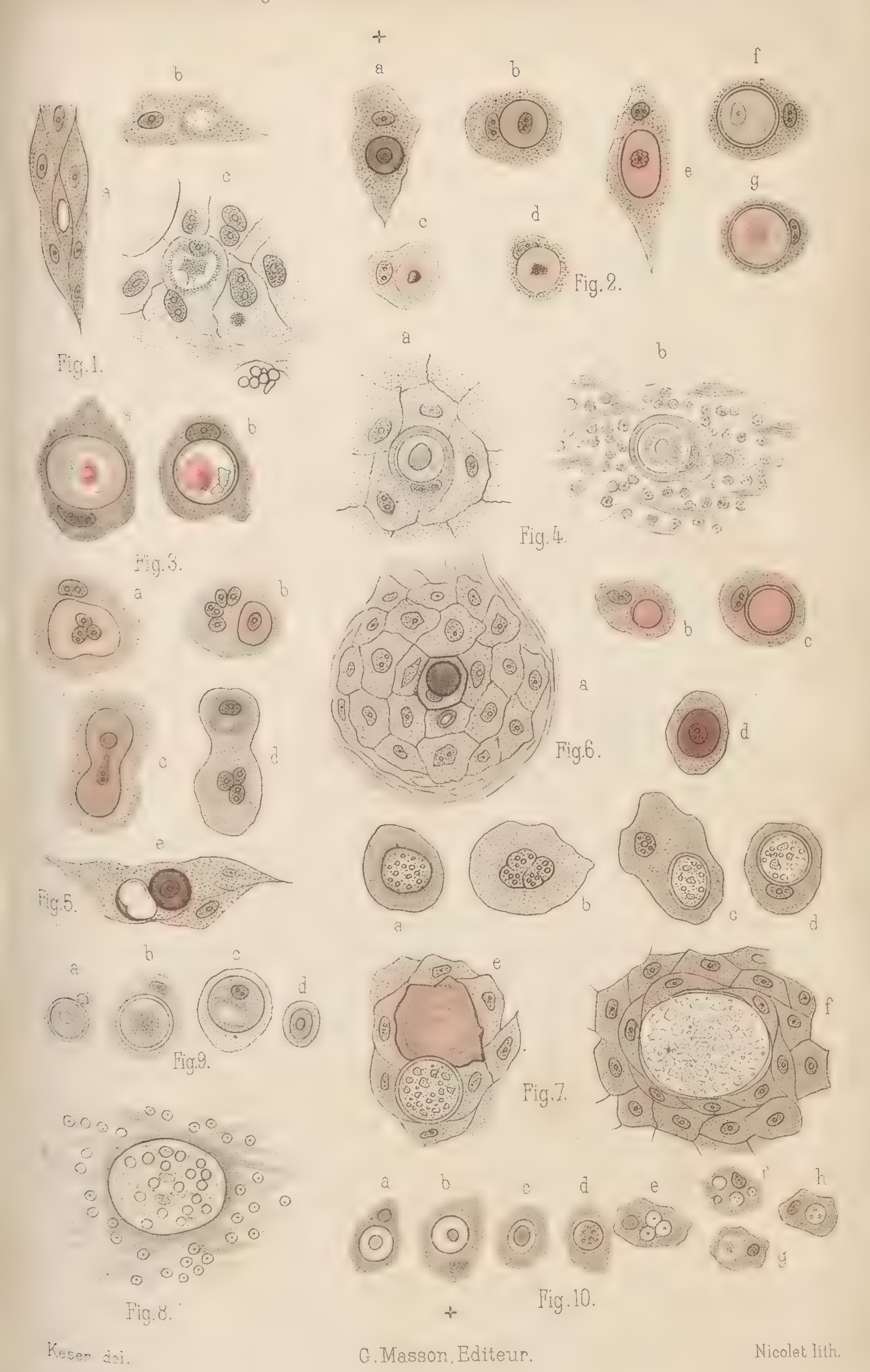
Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



Keser del. G. Masson, Editeur. Nicolet lith.

Impies Lemercier, Paris.



Kesen del. G. Masson, Editeur. Nicolet lith.

Impies Lemercier, Paris.



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DU CHANCRE MOU

Par **L. Cheinisse**, interne des hôpitaux (1).

Travail de la Clinique des maladies syphilitiques et cutanées de la Faculté de Montpellier.

Introduction. — *Exposé sommaire des opinions qui ont cours sur la nature du chancre mou. Diversité de ces opinions Rôle important des recherches bactériologiques dans l'étude de cette question et revue des travaux publiés sur le sujet. Objet de ce travail.*

Peu de questions de syphiligraphie ont eu le privilège de passionner les esprits aussi longtemps que celle de la nature du chancre mou. Connu des anciens qui décrivirent avec beaucoup de précision ces « ulcérations contagieuses des parties génitales » et « les bubons suppurés de l'aine » qui les accompagnent, le chancre mou perd sa spécificité à la fin du XVe siècle et est rangé par les écrivains de cette époque au nombre des accidents syphilitiques. La terreur jetée par la terrible maladie du « morbus novus » faisait voir l'ennemi partout, aussi les contemporains englobèrent-ils dans leurs descriptions de la vérole toutes les affections des organes génitaux. Cette confusion régna très longtemps. Swédiaur (1784), John Hunter (1786), Benjamin Bell (1793) et d'autres encore, réagirent, il est vrai, contre l'unicisme. En 1814, Carmichael fit observer que « quelques-uns de ces ulcères primitifs offrent dès leur apparition des caractères différents, de sorte qu'il serait absurde de dire en thèse générale que le virus est toujours le même », mais ce n'est qu'en 1852 que Bassereau réussit à établir la dualité. Il trouva, il est vrai, un adversaire acharné dans la personne de son maître Ricord, mais son œuvre résistait bien aux attaques de la critique, Ricord lui-même ne tarda pas à se convertir. Les idées de Bassereau triomphaient, en France du moins, car à l'étranger il fallut encore de longues années pour faire admettre le dualisme et de nos jours encore la lutte entre les « unicistes » et les « dualistes » n'est point terminée : le camp des dualistes a beau faire appel aux arguments les plus puissants de la clinique, les unicistes

(1) Ce mémoire a été remis le 11 novembre 1893 au jury du concours pour le prix de l'internat des hôpitaux de Montpellier.

qui restent encore sur le champ de bataille ne se considèrent point comme vaincus, ce ne sont pas cependant les moins compétents en la matière: Kaposi à Vienne, J. Hutchinson en Angleterre, Le Fort en France, pour ne citer que les noms les plus importants. Enfin, en Amérique on en est encore à l'opinion de Bumstead qui veut que le chancre mou ne soit que le résultat d'inoculation de substances septiques banales, et tout récemment (1885) Finger (de Vienne) publia un mémoire où il niait absolument l'existence du chancre mou en tant qu'affection indépendante, sui generis.

Comment expliquer cette longue et stérile discussion, sinon parce qu'elle est restée trop longtemps exclusivement sur le terrain de l'observation clinique, qu'elle manquait de base absolument sûre et certaine, et donnait libre cours à l'imagination et aux hypothèses souvent trop hardies (comme celles de Sperino, de Langlebert, etc.). La bactériologie, avec ses méthodes rigoureusement scientifiques, n'est-elle point appelée à jeter un jour nouveau sur la question, n'est-ce pas à elle de résoudre le problème? On tend à le croire de plus en plus et d'ailleurs n'y a-t-il pas eu pour le chancre mou, comme pour tant d'autres maladies microbiennes, un précurseur des doctrines modernes : Donné ne décrivait-il pas en 1837 son *vibrio lineola* qui était pour lui l'agent spécifique du chancre mou.

Mais il faut arriver jusqu'en 1885 pour trouver des recherches tant soit peu suffisantes, et encore les premiers travaux parus à cette époque, — les publications de Primo-Ferrari (1), de Mannino (2), celles de De Lucca (3), — répondent-ils peu aux conditions établies par Pasteur, par R. Koch, pour les recherches des microbes pathogènes. C'est avec Ducrey (4) seulement que commence l'histoire bactériologique du chancre mou. Dans un mémoire présenté au Congrès international de dermatologie de Paris, en 1889, cet auteur donne la description très complète d'un microbe particulier qu'il a trouvé dans le pus d'un chancre mou et qu'il considère comme l'agent pathogène de cette affection. La méthode vraiment scientifique qu'il a suivie dans ses recherches donne une valeur incontestable aux arguments qu'il invoque à l'appui de sa manière de voir : n'ayant pas pu réussir à cultiver le microbe en question dans aucun des milieux arti-

(1) PRIMO-FERRARI. *Estratto della Gaz. degli ospit.*, 1885. — Communication à l'Académie Gioénia, faite le 26 juillet 1885, résumée dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1885, p. 759.

(2) L. MANNINO. Nouvelles recherches sur la pathogénie du bubon qui accompagne le chancre mou. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 490-493.

(3) DE LUCA. *Gaz. degli ospit.*, 1886, p. 38-41.

(4) DUCREY. Communication au Congrès internat. de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Paris en août 1889 : « Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou. » Comptes rendus, p. 229, et *Giornale ital. della mal. veneree et della pelle*, 1889.

ficiels employés dans les laboratoires, il pensa que les inoculations successives faites sur l'homme lui-même, avec toutes les précautions d'asepsie, pouvaient être considérées comme équivalant à des cultures. En examinant le pus des chancres de générations de plus en plus avancées, Ducrey a remarqué que le pus du chancre primitif renfermait de nombreux microbes de toute espèce, que ces microbes disparaissaient au fur et à mesure qu'on avancait dans la série et qu'on n'en trouvait presque qu'une seule espèce dans les dernières inoculations. C'est cette espèce microbienne constante dans tous les chancres qui est pour Ducrey l'agent pathogène du chancre mou.

Les résultats de Ducrey ont été confirmés par R. Krefting (de Christiania) (1) et plus tard par O. Petersen (de Saint-Pétersbourg) (2). Les premières recherches de l'auteur russe dataient de 1887 et étaient antérieures même à la publication du mémoire de Ducrey.

En 1892, Unna (de Hambourg) (3) réussit par une méthode de coloration spéciale à démontrer le bacille du chancre mou dans des coupes. Ce microbe, qu'il appelle *streptobacille* à cause de sa disposition en chaînettes, est considéré par lui comme l'agent pathogène du chancre mou. Quinquaud et Maurice Nicolle (4), tout en employant une autre méthode de décoloration, ont pu contrôler la description d'Unna, qui leur a paru exacte.

La disposition des bacilles en chaînettes, cette disposition si caractéristique qu'Unna s'est même basé sur son absence dans les préparations de Ducrey pour nier l'unité des deux bacilles, a été plus tard retrouvée dans le pus aussi bien que dans les tissus : c'est Ch. Audry (de Toulouse) (5) qui, le premier, a observé « de très belles chaînettes dans le pus (6) et particulièrement dans le pus d'un bubon ».

Maurice Nicolle (7), Rivière (8) ont publié chacun un procédé de

(1) R. Krefting. Ueber die für Ulcus molle specifische Mikrobe. *Arch. für Dermatologie*, 1892, Ergänzugsheft II, p. 41, et *Nordiskt medicinskt Arkiv*, 1891.

(2) O. Petersen. Des microbes du chancre mou (en russe). *Vratch*, 4 février 1893, n° 5.

(3) P. G. Unna. Note communiquée par le Dr Pusey à la *Soc. française de dermatologie et de syphiligr.* (Séance du 9 juin 1892.) — Der Streptobacillus de weichen Schankers. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1892, I, p. 485.

(4) Quinquaud et M. Nicolle. Sur le microbe du chancre mou. *Société de dermatologie*, 7 juillet 1892.

(5) Ch. Audry. Bactériologie clinique du chancre simple. *Gazette hebd. de médecine et de chirurgie*, 4 mars 1893, n° 9.

(6) Si Ch. Nicolle (Thèse de Paris, 1893, p. 27-28) croit pouvoir s'attribuer le mérite de cette découverte, c'est qu'il n'a pas connu le travail d'Audry (paru cependant bien avant la thèse de Nicolle) ; il est regrettable que ce travail ne soit pas même cité dans sa thèse.

(7) Maurice Nicolle. Méthode générale de coloration des bacilles qui ne prennent point le Gram. *Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1892.

(8) Rivière. Sur le bacille du chancre mou. Communication à la Société d'ana-

coloration spéciale pour le bacille de Ducrey dans les tissus. Ces auteurs n'ont fait que contrôler la description de Unna sans y rien ajouter ; ils se sont surtout occupés de questions de technique qui sont, il est vrai, d'une importance capitale pour l'étude du bacille dans les tissus.

Enfin, tout récemment, l'histoire bactériologique du chancre mou s'est enrichie d'une série de travaux importants. Dans un travail paru le 8 juin, le D[r] Walter Petersen (de Bonn) (1) publie des recherches personnelles sur le pus et l'ulcération chancrelleuse, recherches basées, il est vrai, sur un petit nombre de cas, le chancre mou étant, comme l'avoue l'auteur lui-même, très rare dans la région. Ch. Nicolle (2) a mis à profit les riches ressources que lui offrait le service du D[r] Humbert à l'hôpital Ricord : sa thèse, parue au mois de juillet, est basée sur 22 observations. Après y avoir étudié le pus chancrelleux, l'auteur passe à l'évolution anatomique du chancre, il décrit aussi ses essais de culture et d'inoculation aux animaux, essais qui sont d'ailleurs restés toujours infructueux. Enfin, dans le dernier numéro des *Archives cliniques de Bordeaux* (17 octobre 1893), Dubreuilh et Lasnet (3) ont commencé la publication de leur « Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux ». Leur travail n'est pas encore terminé ; dans la première partie, qui vient de paraître, nous signalerons tout particulièrement le chapitre « Inoculations en série », sur lequel nous nous proposons d'ailleurs de revenir dans le courant de ce travail.

Cette longue série des travaux que nous venons de passer ainsi en revue, la concordance à peu près parfaite entre les résultats obtenus par différents auteurs sont sans doute de nature à établir la spécificité et l'origine parasitaire du chancre mou, mais la connaissance de l'agent pathogène d'une maladie ne suffit pas pour satisfaire l'esprit, elle ne clôt nullement l'ère des recherches sur la pathogénie, la physiologie pathologique de la maladie. Pour ce qui concerne le cas particulier, bien des problèmes qui se rattachent à l'histoire du chancre mou restent encore dans l'ombre, bien des questions inutilement débattues pendant si longtemps attendent encore la solution ; l'étude bactériologique du chancre mou est, en effet, de date trop récente,

tomie et de physiologie de Bordeaux (séance du 17 avril 1893), parue dans le *Journal des connaissances médicales*, n° 18, 4 mai 1893, et résumée dans la *Gazette hebdom. de Bordeaux*, n° 18, 30 avril 1893.

(1) W. Petersen. Ueber Bacillenbefunde beim Ulcus molle. *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde*, n° 23, 8 juin 1893.

(2) Ch. Nicolle. *Recherches sur le chancre mou.* Thèse de Paris, 24 juillet 1893.

Ch. Nicolle et M. Venot. Diagnostic bactériologique du chancre mou. *La Médecine moderne*, 26 juillet 1893.

(3) Dubreuilh et Lasnet. Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux. *Arch. cliniques de Bordeaux*, octobre 1893.

la somme de connaissances que nous possédons sur le sujet trop faible ; il n'est donc pas sans intérêt de reprendre ces recherches bactériologiques, ne serait-ce que pour réunir les matériaux pouvant être utilisés par la suite pour établir nettement toute la pathogénie de l'affection. Tel est l'objet de ce travail. Les observations et les recherches sur lesquelles il est basé ne sont que des éléments qui, nous l'espérons, pourront servir à expliquer certains phénomènes dans l'évolution anatomo-clinique du chancre, ou tout au moins à éclairer de nouvelles recherches sur ce sujet.

Le chancre mou étant depuis quelque temps très fréquent à Montpellier, nous n'avons pas eu grande difficulté pour trouver dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Brousse, les matériaux nécessaires à l'exécution de ce travail. Il est basé sur une série de 15 observations personnelles. Les recherches, qui jusqu'à présent n'ont porté que sur du pus (1), ont été faites sur 5 bubons et 31 chancres, dont 15 étaient primitifs et 16 secondaires (chancres d'inoculation). Avant d'exposer les résultats de nos recherches, nous allons, pour abréger ce mémoire et pour résumer autant que possible les observations, décrire nos procédés de recherche et donner une fois pour toutes la technique que nous avons suivie.

I. — Procédés de recherche et divisions adoptées dans ce travail

Frappé dès le début de nos recherches par l'abondance et la variété des micro-organismes que l'on trouvait dans le pus de certains chancres primitifs, nous avons été naturellement amené, comme beaucoup de nos devanciers, à porter notre attention surtout sur le pus des chancres d'inoculation. Nous avons eu recours à l'inoculation d'autant plus volontiers qu'en présence des essais négatifs de culture qui ont été faits par bien des expérimentateurs, c'était là la seule méthode qui permettait d'éliminer les microbes étrangers et d'arriver à isoler l'agent pathogène de l'affection.

Il est vrai qu'on a considéré l'inoculation comme « une expérience dont on doit être peu prodigue » ; on a même, paraît-il, signalé « à la suite d'inoculation expérimentale, des cas de phagédénisme et même de mort » (P. Horteloup. Société de chirurgie, 17 décembre 1884). Certes, l'inoculation présente un désavantage incontestable, c'est qu'elle crée un nouveau chancre : aussi est-il toujours bon de prévenir le malade ; il acceptera d'ailleurs presque toujours l'inoculation et cela avec d'autant plus de facilité qu'il y va souvent de son intérêt. Mais nous nous expliquons difficilement des conséquences aussi graves que

(1) Nous venons de commencer à étudier, sous la direction de M. le professeur Kiener, des *coupes* du chancre mou et nous nous proposons d'en faire une étude complète en suivant le processus pas à pas.

celles qui viennent d'être signalées à la suite de cette petite opération qui peut et doit toujours rester inoffensive; nous nous sommes toujours demandé s'il ne s'agissait pas là des observations d'un autre âge, où l'on ne songeait pas encore à l'antisepsie. On ne saurait, en effet, prendre trop de précautions contre le danger d'infection, et d'ailleurs, l'inoculation, pour être inoffensive, doit être faite dans certaines conditions bien déterminées. Elle doit rester aussi superficielle que possible ; portée dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou même dans les couches profondes du derme, elle risque d'amener une suppuration profonde, des décollements très étendus, etc.; elle ne doit jamais porter sur une région exposée aux tiraillements incessants (la cuisse, par exemple), qui pourraient venir irriter la plaie et ralentir le travail de la cicatrisation ; enfin et surtout, aussi bien dans l'intérêt du malade que dans celui de l'expérimentateur, l'inoculation doit être faite avec toutes les précautions d'asepsie la plus stricte et protégée ultérieurement contre toute cause d'infection.

Dans ces conditions, les accidents nous semblent bien faciles à éviter. Sur les 25 ou 30 inoculations que nous avons faites avec du pus soit de chancre mou, soit de bubon (sans compter le nombre considérable d'inoculations de contrôle faites avec des exsudats d'ulcérations autres que le chancre mou), nous n'avons jamais constaté le moindre accident, sauf cependant dans un cas (obs. II) où, malgré la cautérisation au chlorure de zinc en poudre, le chancre avait pris une tendance envahissante assez considérable.

Nous avons profité de tous les cas d'herpès, de chancres syphilitiques ou d'ulcérations banales des organes génitaux qui se présentaient dans le service, pour contrôler nos recherches sur le chancre mou. Nous avons soigneusement et à plusieurs reprises examiné les exsudats de ces ulcérations et dans bien des cas contrôlé le résultat de l'examen bactériologique par une inoculation faite sur le sujet lui-même.

Nous faisons nos inoculations soit à la paroi abdominale antérieure (région sus-ombilicale), soit à l'avant-bras ou au bras gauche (région externe). Pour aseptiser la peau, on la lave au savon et à la brosse, on y passe ensuite de l'alcool et de l'éther et on la laisse sécher complètement ; beaucoup d'expérimentateurs emploient encore le sublimé ou un autre antiseptique, mais on peut se demander si avec une antisepsie trop rigoureuse du tégument l'inoculation ne court pas de chances de rester négative. Comme instrument, nous nous servons d'une épingle, ou mieux d'une lamelle préalablement flambée. Leur avantage est de ne servir qu'une fois et de donner des scarifications aussi peu profondes qu'on le désire, ce qui est plus difficile à obtenir avec une lancette et surtout avec un bistouri. Quel que soit d'ailleurs l'instrument dont on se sert, il doit, bien entendu, toujours être stéri-

lisé préalablement. L'incision faite, on prend, toujours avec le même instrument, à la surface de l'ulcère primitif, un peu de pus qu'on étale sur la petite plaie qui vient d'être faite. Il est bon que la goutte de pus ne dépasse pas la limite de l'inoculation. La région inoculée est immédiatement recouverte d'un verre de montre stérilisé. Pour éviter des écorchures qui seraient assez mal placées dans un voisinage aussi dangereux, il est bon de garnir de coton les bords du verre ; sur les bords ainsi garnis de coton, on passe une couche de collodion pour mieux assurer l'adhérence du verre de montre à la peau, on le fixe, enfin, par quatre bandelettes de diachylon et une bande. Ce mode d'isolement et de protection de l'inoculation nous a paru préférable, et de beaucoup, à l'emploi du taffetas gommé ou du diachylon, dont nous avons pu nous-même constater les inconvénients.

L'inoculation donne lieu, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, à une pustule typique de début du chancre mou. Si on ne la détruit pas, elle se transforme plus tard en une ulcération creusée en godet et présentant tous les caractères d'un chancre mou. On examine le pus de cette fistule, on en fait, si l'on veut, une réinoculation en observant toujours toutes les précautions que nous avons déjà indiquées. Ensuite, la pustule, suivant qu'on veut en faire des coupes ou non, est excisée ou détruite par un caustique énergique, la pâte sulfo-carbonique de Ricord, par exemple. Ch. Nicolle s'est servi pour cet usage de chlorure de zinc en poudre, mais son action nous a paru difficile à délimiter, surtout dans les cas de très petites pustules. Nous nous sommes très bien trouvé de la solution alcoolique d'acide phénique à 1/10 ou du phénolsalyl en solution très forte (à 1/3, par exemple). La cautérisation ignée est difficilement applicable aux petites pustules.

Tout en attachant une valeur prépondérante aux examens du pus des pustules d'inoculation pour l'étude morphologique du bacille de Ducrey, nous n'avons jamais négligé d'examiner les sécrétions de l'ulcère primitif : nous allons, en effet, voir par la suite combien il est important de faire cet examen, d'étudier comparativement le pus du chancre primitif et celui des inoculations de plus en plus avancées dans la série. Cette étude bactériologique comparative n'a pas été assez poursuivie par les auteurs qui se sont occupés avant nous de la question, elle nous paraît cependant indispensable pour mieux pénétrer la nature et la marche du processus ; plus loin nous tâcherons de faire ressortir son importance et de montrer tout ce qu'on peut attendre de cette méthode.

Pour ce qui concerne la recherche même du bacille spécifique dans le pus, il nous paraît inutile d'insister longuement sur certains détails de l'opération (préparation des lamelles, étalement du pus, etc.) qui ne présentent rien de spécial au cas qui nous occupe. Toutes les précautions habituelles sont ici de rigueur, mais il n'y a là rien qui puisse

être méconnu de quelqu'un qui est tant soit peu familiarisé avec ce genre de recherches. Ch. Nicolle conseille de recueillir la goutte de pus par un léger grattage de la surface de l'ulcération pour éviter autant que possible la souillure par des micro-organismes banaux surajoutés.

Une fois le pus étalé sur les lamelles (nous n'en préparons jamais moins de quatre pour un même examen, ce qui nous permet d'avoir plus de chances de trouver le bacille et d'essayer en même temps différents procédés de coloration), on les laisse sécher spontanément à l'air, puis on fixe le pus soit en passant les lamelles plusieurs fois dans la flamme d'une lampe à l'alcool, soit en les plongeant pendant une ou deux minutes dans une solution concentrée de bichlorure de mercure (liquides de Mayer, de Roule).

Pour la coloration, nous nous sommes servi soit de la solution de fuchsine de Ziehl, soit du violet de gentiane aniliné (violet de gentiane 1 gr., alcool absolu 10 gr., eau anilinée 100 gr.) que Nicolle recommande additionné de son volume d'eau distillée. Le bacille de Ducrey se décolore par la méthode de Gram, c'est là un caractère important qui permet de le différencier nettement de beaucoup d'autres micro-organismes qu'on trouve dans le pus chancrelleux ; aussi est-il bon, pour mieux mettre en évidence ce microbe, d'employer cette méthode en faisant une double coloration par le violet de gentiane et la fuchsine de Ziehl : les cocci et les autres microbes qui prennent le Gram restent violets, les bacilles de Ducrey sont colorés en rouge rose.

Pour étudier le bacille spécifique du chancre mou, il faut de forts grossissements : toutes nos préparations ont été examinées avec l'oculaire 4 et l'objectif à immersion homogène à 1/18 de C. Zeiss. M. le professeur Kiener a bien voulu examiner quelques-unes de nos préparations de pus. Nous lui sommes profondément reconnaissant pour le bienveillant accueil qu'il nous a fait et pour tous les moyens d'étude qu'il a mis à notre disposition.

Nous avons tenu à compléter, dans certains cas, nos recherches par des cultures obtenues avec des ensemencements de pus des chancres ou des bubons. Nous connaissions cependant bien les essais négatifs qui ont été faits pour cultiver le bacille de Ducrey, ces essais étaient bien de nature à ne pas nous permettre l'espoir d'être plus heureux que nos prédécesseurs, et si plus loin nous parlons de nos cultures, c'est parce qu'il nous semble que dans la bactériologie du chancre mou il n'y a pas que l'étude du bacille de Ducrey, qu'il y a aussi à compter avec d'autres microbes que l'on rencontre souvent, sinon toujours, à côté de ce bacille.

Nous aurons donc à décrire dans le pus chancrelleux le bacille de Ducrey et les autres micro-organismes que nous y avons constatés ; nous compléterons cette description par l'étude des cultures et des

inoculations en série. La question du bubon, que nous avions considérée, au début de nos recherches, comme devant rester étrangère au sujet de notre travail, s'est montrée, pour nous, plus tard, d'une importance assez considérable pour établir la spécificité du bacille de Ducrey. Malheureusement, nous n'avons pu examiner que peu de bubons à ce point de vue, — aussi n'insisterons-nous pas longtemps sur cette question.

Enfin, nos recherches ne nous ont pas servi seulement pour vérifier les résultats de nos prédécesseurs, elles ont encore attiré notre attention sur un ordre de faits dont la signification avait, peut-être, échappé à nos devanciers. Et si nos recherches ne nous ont pas encore permis de résoudre les problèmes qui s'attachent à cet ordre de faits, elles nous ont au moins montré l'importance de ces problèmes et la voie à suivre dans leur étude. C'est pourquoi, dans nos conclusions, après avoir tâché de présenter l'état actuel de la question et le résumé de nos recherches, nous nous permettrons de formuler quelques desiderata au sujet de l'étude bactériologique du chancre mou, et nous nous efforcerons de montrer ce que doit être cette étude et les méthodes qu'elle doit suivre.

II. Étude bactériologique du pus chancrelleux. — *Bacille de Ducrey, sa morphologie, ses caractères positifs et négatifs; discussion des faits apportés par nos observations et arguments en faveur de l'importance de la recherche du bacille comme moyen de diagnostic. Micro-organismes autres que le bacille de Ducrey. Inoculations en série et cultures.*

Les éléments que l'on voit en examinant une préparation de pus du chancre mou sont fort nombreux, mais nous ne nous occuperons que de micro-organismes que nous avons pu y observer; nous insisterons naturellement d'une façon particulière sur l'étude du bacille de Ducrey.

Ce bacille se présente sous la forme d'un petit bâtonnet dont les dimensions nous ont paru très variables, aussi avons-nous jugé peu utile d'en faire des mensurations qui, ne pouvant s'appliquer qu'à un nombre limité de cas, n'auraient rien de caractéristique. D'ailleurs, les dimensions qu'en ont données différents auteurs oscillent entre 1/2 μ et 2 μ 1/2 pour la longueur, entre 0,3 et 1 μ pour la largeur. Nous l'avons presque toujours vu court et trapu, les chiffres indiqués par Krefting (1,5 à 2 μ de long sur 0,5 à 1 μ de large) correspondraient assez bien à cet aspect de bacille. Jamais nous n'avons vu de bacilles qui soient quatre fois plus longs que larges, comme dans les dimensions données par Nicolle, qui décrit cependant au bacille l'aspect trapu dont nous venons de parler.

Les bacilles nous ont paru se trouver le plus souvent en dehors de

globules de pus. Pour Dubreuilh et Lasnet, ces bacilles extraleucocytaires proviendraient de cellules déchirées par l'écrasement du pus : nous avons, en effet, souvent constaté à coté de ces groupes de bacilles la présence de cellules déchiquetées invoquée par ces auteurs comme argument à l'appui de leur manière de voir, mais il nous paraît encore impossible, à l'heure actuelle, de se prononcer définitivement sur ce sujet.

Sur un bacille isolé, les extrémités sont le plus souvent arrondies ; quant à la partie moyenne, elle présenterait, pour quelques auteurs, un étranglement, ce qui donnerait au bacille la forme d'un 8 de chiffre (Ducrey) ou d'un haltère (Krefting). Cet étranglement serait même « quelquefois assez accusé pour donner au bacille l'apparence d'un diplocoque à grains un peu allongés » (Dubreuilh et Lasnet). Krefting voit dans cette forme un début de segmentation. Nicolle, qui n'a jamais pu observer cette forme, serait disposé à croire que ces dépressions latérales sont dues à la rétraction de la substance du bacille sous l'influence de l'agent fixateur ; le bichlorure empêcherait, d'après cet auteur, toute déformation du bacille. Or nous avons souvent varié nos procédés de fixation (flamme, alcool et éther à parties égales, bichlorure de mercure), et jamais nous n'avons constaté nettement de dépressions latérales sur le corps du bacille. Les bacilles observés par W. Petersen (de Bonn) ne présentaient pas d'étranglement « bien prononcé » à la partie moyenne « welche... jedoch in der Mitte nie eine so ausgesprochene Einschnürung zeigten » (1). On nous permettra donc de croire, jusqu'à nouvel ordre, qu'il s'agit là plutôt d'une apparence d'optique que d'un fait réel.

Le bacille paraît généralement plus coloré aux extrémités ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point, mais quelques-uns attribuent cet aspect à l'étranglement dont nous venons de parler. Cette interprétation ne nous paraît pas exacte ; si les extrémités du bacille paraissent toujours plus colorées, cela tient non pas à l'existence de dépressions latérales qui sont loin d'être constantes, même pour ceux qui les admettent, mais à la manière absolument caractéristique dont le bacille de Ducrey prend les colorations. Il ne fixe la matière colorante qu'à ses extrémités, la partie centrale reste incolore et l'on n'en voit que les bords sous la forme de deux lignes droites, très fines, ce qui donne au bacille l'aspect en navette (comparaison qui nous paraît plus juste que celles de Ducrey et de Krefting), analogue à celui que présente le bacille typhique. C'est sous cet aspect que nous l'avons toujours rencontré et c'est ainsi qu'il est représenté dens les figures de O. Petersen (in *Vratch*, 4 février 1893).

Si nous ajoutons encore que le bacille de Ducrey se décolore par la

(1) In *Centralblatt für Bakteriologie, loc. cit.*, p. 745.

méthode de Gram, point sur lequel nous avons déjà longuement insisté en traitant de la technique, nous aurons toute une série de caractères importants qui permettront de reconnaître le bacille de Ducrey même à l'état isolé. C'est, d'ailleurs, le plus souvent à l'état isolé qu'on l'observe dans le pus, mais il n'est pas rare d'y rencontrer des bacilles en chaînettes et en amas. Pour Ch. Nicolle, les amas ne représenteraient que des chaînettes dissociées par l'écrasement un peu brutal du pus entre les lamelles. Quant au groupement en chaînettes, nous l'avons observé assez souvent. On trouve généralement peu d'éléments dans une chaînette, trois à cinq en général; quelquefois on en voit de plus longues absolument semblables à celles qu'a décrites Unna dans les coupes. Nous avons rencontré plusieurs fois comme de longs bâtonnets qui présentaient de distance en distance des intervalles clairs, et qu'on aurait pu prendre pour des bacilles en dégénérescence et fixant mal la matière colorante. Un examen attentif montre cependant que la disposition des segments est absolument régulière, ce qui exclue toute idée d'un bacille mal coloré par suite de dégénérescence : ce ne sont que des chaînettes composées de cinq ou six streptobacilles unis bout à bout. La présence des chaînettes caractéristiques dans le pus constitue incontestablement un argument puissant en faveur de l'identité du bacille de Ducrey et celui de Unna.

Bacille petit et court, extrémités arrondies et fortement colorées, espace clair au centre, groupement assez fréquent en chaînettes, — tel est l'ensemble qui caractérise le bacille de Ducrey. Il faut y ajouter deux caractères négatifs de la plus haute importance : ce bacille ne prend pas le Gram, il ne cultive sur aucun des milieux employés dans les laboratoires.

Enfin, sa constance dans tous les chancres mous, l'impossibilité de le trouver dans une ulcération autre que le chancre mou peuvent être considérées comme des arguments de valeur en faveur de sa spécificité. Le bacille de Ducrey se retrouve, en effet, constamment dans tous les chancres mous ; — c'est là un point qui paraît actuellement bien établi et sur lequel nos résultats coïncident manifestement avec ceux de nos devanciers. En effet, sur le nombre considérable de chancres (31) que nous avons examinés, nous n'avons eu que deux cas négatifs (obs. XI et XIV). Pour apprécier à leur juste valeur ces deux cas, nous avons un critérium sûr dans l'inoculation du chancre : or dans les deux cas l'inoculation est restée négative comme l'examen microscopique. Cette concordance entre les résultats de deux méthodes indiquerait suffisamment que les chancres en question avaient perdu leur virulence. Si nous nous en rapportons au tableau clinique qu'a présenté chacun de ces chancres, nous y trouvons une pleine confirmation à notre hypothèse. Dans un cas (obs. XIV) où le malade était entré pour un bubon, on avait affaire à un chancre en voie de

cicatrisation ou, pour parler plus exactement, on ne voyait que la trace du chancre sous forme d'une écorchure presque linéaire. Le chancre datait de dix-huit jours et avait été traité antérieurement par des applications d'eau chaude ; donc pas de doute possible : le chancre avait, pour ainsi dire, disparu, il n'y restait qu'une petite plaie linéaire simple. Dans l'autre cas (obs. XI), il s'agissait d'un chancre ayant évolué très rapidement : suppuration très abondante et marche envahissante pendant les quelques premiers jours seulement, de sorte qu'à son entrée le malade offrait une ulcération qui, tout en ayant encore conservé des dimensions assez considérables, ne présentait que peu les caractères d'un chancre mou ; la suppuration surtout faisait complètement défaut. Le diagnostic rétrospectif ne faisait cependant pas de doute, un bubon inguinal typique le confirmait d'ailleurs pleinement et, chose intéressante, le pus de ce bubon était virulent, son inoculation nous a donné un résultat positif.

Nos vingt-neuf examens positifs ont porté aussi bien sur des ulcères primitifs que sur des pustules d'inoculation, sur des chancres traités que sur des chancres n'ayant subi aucun traitement ; les pansements avec des antiseptiques non caustiques ne nous ont pas paru avoir une influence bien marquée sur la quantité de bacilles. D'autre part, au cours de nos nombreux examens de contrôle, qui ont porté sur du pus des abcès, sur des exsudats des chancres syphilitiques et de l'herpès, nous n'avons jamais rencontré le microbe en question. Il est à peine besoin d'insister sur l'importance de ces données au point de vue pratique : on ne sait que trop combien dans certains cas le diagnostic est délicat entre le chancre mou, le chancre induré ou une ulcération banale quelconque des organes génitaux.

Nous avons déjà vu, en parcourant la littérature de notre sujet, que ce qui dominait la bactériologie du chancre mou, c'était l'idée de l'agent bactérien spécifique de cette affection. Ce fut avec l'idée de découvrir cet agent qu'on se mit à l'œuvre et, depuis les premières recherches, l'attention de ceux qui se sont occupés de la question est toujours restée concentrée sur l'étude de cet agent présumé spécifique. On voyait bien dans le pus chancrelleux, à côté du bacille spécifique, un grand nombre de micro-organismes différents, mais l'idée dominante en faisait table rase, on se bornait simplement à les signaler sous le nom commun de « microbes étrangers », sans même chercher à définir chacun de ces microbes.

Ch. Nicolle, en décrivant les bactéries du pus chancrelleux, n'en admet que quatre espèces : « coccus, bactérie commune de la peau, bacille de Ducrey, gonocoque ». Si l'on exclue le gonocoque, qui n'est qu'un élément exceptionnel (Nicolle ne l'a vu, du reste, qu'une seule fois), il ne resterait, d'après cet auteur, que deux espèces de micro-organismes en dehors du bacille spécifique, car « le coccus du pus

chancreux », nous dit-il, « n'est que le staphylocoque blanc vulgaire qui vit à la surface de la peau » (*loc. cit.*, p. 24). Comme, d'autre part, la bactérie commune de la peau, décrite par cet auteur, est une bactérie « qui vit normalement à la surface de la peau, et qu'on rencontre constamment sur toutes les ulcérations, dans toutes les pustules cutanées », le chapitre de microbes étrangers se trouve ainsi tout d'un coup singulièrement réduit et sans aucune importance.

Nos recherches nous ont montré qu'il n'en était pas toujours ainsi. Non seulement nous avons trouvé dans certains chancres des micro-organismes autres que ceux signalés par Nicolle, mais encore nous les avons vus y jouer un rôle important, ainsi qu'en font preuve le tableau clinique qu'a présenté chacun de ces chancres et les résultats des inoculations en série et des cultures.

Ayant constaté dans le pus des chancres primitifs du malade qui fait le sujet de l'observation III de nombreux groupes de micrococci tetrageni, nous nous sommes demandé quelle était la signification de ce fait, quel était le rôle du micrococcus tetragenus dans le chancre. Malheureusement, la preuve absolue de son rôle pathogène, qu'on aurait pu tirer de l'expérimentation sur les animaux, nous manque : pour des raisons extrinsèques, nous n'avons pu faire des cultures. Néanmoins, nous avons des raisons pour croire qu'il était là comme un agent de complication ; nous penchons à mettre sur son compte, entre autres choses, la suppuration exceptionnelle qu'ont présentée ces chancres. Enfin, nous avons fait avec ce pus trois inoculations successives : avec les deux premières, le nombre de micrococci tetrageni augmentait, de sorte que, dans la deuxième pustule (chancre de troisième génération), il n'y avait déjà que très peu de bacilles de Ducrey, la préparation était absolument bourrée de colonies de micrococci tetrageni les plus caractéristiques ; la troisième inoculation est restée négative. Ce fait est absolument en rapport avec ce que nous savons sur le développement rapide du tetragenus et comme, d'autre part, la troisième inoculation a donné un résultat négatif, comme le chancre de troisième génération, quoique suppurant abondamment, a évolué sans tendance envahissante, nous serions assez disposé à croire que le micrococcus tetragenus, par sa pullulation très active, gênait le développement du bacille de Ducrey et qu'il y aurait là un cas d'antagonisme entre deux microbes. N'ayant observé le micrococcus tetragenus que dans un seul cas, nous considérions ce microcoque comme étant exceptionnel dans le pus chancrelleux lorsque, dans le travail de Dubreuilh et Lasnet, paru au mois d'octobre, nous vîmes, à notre grande satisfaction, mentionner le micrococcus tetragenus entre autres microbes étrangers. Ces auteurs le considèrent, il est vrai, comme « probablement saprophytique ».

L'observation XI nous a présenté un cas analogue à celui que nous

venons d'analyser, à cela près qu'il s'agissait ici du staphylococcus pyogenes aureus et que le chancre avait perdu sa virulence. Par une série d'ensemencements successifs avec le pus de ce chancre, nous sommes arrivé à isoler le staphylococcus pyogenes albus et le staphylococcus pyogenes aureus. Comme nous allons le voir plus loin, dans le pus du bubon satellite de ce chancre, nous avons encore retrouvé, et isolé par des cultures, le staphylococcus aureus. Il nous paraît peu probable qu'un microbe pyogène doué d'un pouvoir nécrosique aussi intense, et qui se retrouve dans le bubon aussi bien que dans le chancre, reste absolument indifférent à l'évolution du chancre. Il n'est pas impossible, au contraire, de rapporter la tendance destructive qui avait caractérisé l'évolution de ce chancre à la puissance nécrosique très prononcée du staphylococcus aureus.

Dans un autre cas (obs. X), nous avons obtenu par des cultures un coccus qui, par ses caractères morphologiques et ses cultures, ressemblerait au « streptococcus conglomeratus » décrit récemment par Kurth (de Berlin) dans la scarlatine (1). Ce micro-organisme est, contrairement aux autres streptocoques, excessivement pathogène pour la souris blanche ; aussi attendrons-nous, avant de nous prononcer définitivement, que l'expérimentation sur ces animanx vienne confirmer notre présomption.

Ces quelques cas ne laissent aucun doute sur l'importance des cultures dans l'étude bactériologique du chancre. Négatives en ce qui concerne le bacille de Ducrey, elles serviront toujours pour mieux connaître les microbes surajoutés. Or, sans la connaissance de ces dernières, la bactériologie du chancre mou restera forcément incomplète. Prenons, par exemple, les inoculations en série, — voilà une question qui paraît, à première vue, une des plus connues dans l'histoire du chancre mou. On admet, et depuis longtemps déjà, que le chancre simple est réinoculable indéfiniment au porteur. Les expériences de Ducrey n'ont fait que confirmer cette opinion, puisque, par des inoculations successives, il est arrivé à obtenir des séries de dix et quinze pustules, et le pus des dernières pustules ne contenait plus, d'après lui, que le bacille spécifique. Les auteurs qui ont suivi ont pour la plupart confirmé ces résultats, certains sont même allés plus loin, en écrivant : « il est remarquable que l'on retrouve presque immédiatement le bacille à l'état de pureté, et indépendamment de tout autre microbe » (Audry). Or, nous venons de voir qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Dans notre observation III, ce qui augmentait dans la série des inoculations (faites, comme d'habitude, avec toutes les précautions d'asepsie désirables), ce n'était pas le nombre

(1) KURTH. In *Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, 1891. Bd. VII, 2 und 3, Heft.

des bacilles de Ducrey, mais bien celui des micrococci tetrageni, et cela peut s'expliquer tout naturellement par la grande et rapide puissance de développement de ce microcoque. Il est tout naturel aussi que nous n'ayons pas pu obtenir dans ce cas une troisième inoculation : le bacille de Ducrey, ou plutôt sa virulence, était anéanti par le développement du tétragène. Et d'ailleurs, si nous faisons valoir ces raisons pour expliquer l'insuccès de notre troisième inoculation, c'est parce qu'il nous est difficile d'y voir un simple accident. Jullien (1) a publié deux cas où l'inoculation s'était arrêtée à la troisième génération (quatrième inoculation négative), et à ce propos nous lisons dans le chapitre « Inoculations en série » du travail de Dubreuilh et Lasnet, ceci : « Nous nous expliquons difficilement les insuccès de Jullien et de Gayon (de Mexico); peut-être avaient-ils affaire à des lésions ayant perdu leur virulence, peut-être l'antisepsie des régions inoculées était-elle trop complète. »

Il nous semble cependant permis de croire, après la discussion de notre observation III, que notre insuccès peut s'expliquer facilement et doit être interprété dans le sens que nous venons d'indiquer. Jullien, il est vrai, serait plutôt disposé à mettre ses insuccès sur le compte de l'absence de micro-organismes étrangers dans les chancres inoculés. « Certains microbes pathogènes, dit-il, sont singulièrement favorisés dans leur développement et leurs effets quand ils sont associés à d'autres microbes indifférents en apparence. Il est très possible que ce soit pour ce motif que le pus chancreux *pur*, tel que nous l'obtenons dans nos chancres d'inoculation dûment protégés, soit beaucoup moins virulent que le pus naturel puisé dans le chancre d'origine. » Il est facile de remarquer que les faits observés par nous et l'interprétation que nous en donnons, tout en étant diamétralement opposés à l'hypothèse de Jullien, sont cependant dans le même ordre d'idées. Nous avons affaire tout simplement à deux aspects différents d'un même phénomène ; ce phénomène est l'association microbienne; seulement, dans un cas il y a antagonisme entre les deux microbes, tandis que dans l'autre le développement et la virulence du microbe ne font que s'accroître sous l'influence de l'association.

Si peu nombreux que soient les faits que nous venons de rapporter et d'analyser dans ce chapitre, ils nous paraissent suffisants pour faire ressortir l'influence que peuvent exercer les « microbes étrangers » sur la virulence, la marche et les complications du chancre, et l'importance de leur étude.

III. — Quelques recherches sur le pus des bubons

Depuis la communication de Straus à la Société de biologie (22 novembre 1884) sur la non-virulence du bubon accompagnant le

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1892, p. 473-476.

chancre simple, cette opinion a été vivement combattue par des vénéréologistes aussi compétents que Horteloup et Diday. Les examens bactériologiques de Krefting sont venus également infirmer cette proposition; Audry a retrouvé, lui aussi, le bacille de Ducrey dans un cas de bubon.

Nous avons étudié cinq fois le pus de bubon chancreux. Le pus a été recueilli au moment même de l'ouverture et avec toutes les précautions d'usage. Trois fois sur cinq nous l'avons trouvé dépourvu de micro-organismes. Le résultat de l'examen microscopique du pus « superficiel » et « profond » a été dans les trois cas pleinement confirmé par les ensemencements de pus sur gélatine et sur agar avec ou sans glycérine ; — ces ensemencements sont restés stériles. Les inoculations de ce pus nous ont donné également des résultats négatifs. Nous avons jugé inutile de rapporter toutes les trois observations négatives, une seule (obs. IX) suffira pour servir de pièce justificative.

Les deux examens positifs au point de vue des microbes nous ont donné les résultats suivants : dans un cas (obs. XIV), nous n'avons trouvé que des cocci en nombre considérable, mais les ensemencements n'ayant point été faits, nous n'avons pas pu déterminer d'une façon précise les espèces auxquelles nous avions affaire. L'inoculation du pus de ce bubon au porteur est restée négative. Dans un autre cas (obs. XI), nous avons constaté la présence de bacilles de Ducrey très nets ; mais ce qui dominait dans la préparation du pus, c'étaient des groupes de staphylocoques. Par des ensemencements successifs de ce pus, nous sommes arrivé à isoler le staphylococcus pyogenes aureus — fait intéressant, puisque nous avons déjà vu, chez le même individu, les ensemencements de pus de chancre nous donner le même micro-organisme. L'inoculation faite avec du pus de ce bubon a donné naissance à une pustule typique de chancre.

En résumé, inoculation négative pour les trois bubons absolument dépourvus de micro-organismes, négative aussi avec le pus du bubon ne renfermant que des cocci ; seul, le bubon dans lequel on a trouvé des bacilles de Ducrey était inoculable et virulent. Ce fait ne tendrait-il pas à prouver la spécificité du bacille de Ducrey ? C'est là, du moins, la seule conclusion que nous nous permettrons de tirer, à l'heure actuelle, de nos recherches sur le bubon.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous nous garderons bien de formuler une théorie quelconque sur le mode de formation du bubon. Est-il dû à des toxines qu'élaborerait le bacille de Ducrey et qui, absorbées par les lymphatiques, viendraient exercer leur action nocive sur le ganglion ? Ne pourrait-on pas voir dans certains cas de bubons (comme dans nos observations XI et XIV) la manifestation d'une association microbienne, et quel serait dans ce cas le rôle qui reviendrait au bacille de Ducrey d'une part et aux microbes pyogènes

d'autre part? Ce sont là tout autant de questions dont la solution ne peut pas être basée sur un nombre de faits très limité.

IV. — Conclusions. — *Ce qu'on doit à l'étude bactériologique du chancre mou et ce que doit être cette étude.*

1° Le bacille de Ducrey paraît bien être l'agent spécifique du chancre mou, quoiqu'on ne soit pas encore arrivé à le cultiver de manière à pouvoir reproduire la maladie par l'inoculation de ses cultures pures.

2° Sans affirmer, d'une façon absolue, la spécificité de ce microbe, il faut considérer sa recherche comme un des éléments les plus importants du diagnostic dans les cas difficiles ; aussi sûr que l'inoculation, ce moyen de diagnostic ne présente pas le désavantage de créer un nouveau chancre.

3° Le pus des bubons pris au moment de leur ouverture n'est pas toujours stérile ; on y trouve le plus souvent des micro-organismes pyogènes banaux, mais il n'est pas impossible d'y constater la présence du bacille de Ducrey. Le pus stérile aussi bien que celui qui ne renferme que des staphylocoques ou des streptocoques n'est pas inoculable ; ce n'est que dans le cas où l'on trouve dans le pus le bacille de Ducrey que l'inoculation de ce pus donne naissance à un chancre typique. C'est là une preuve puissante de la spécificité de ce microbe.

4° Les inoculations successives, faites avec toutes les précautions d'asepsie, n'arrivent pas fatalement à donner le bacille de Ducrey à l'état isolé ; s'il existe dans le pus du chancre primitif un microbe à développement plus rapide, ce microbe pourra même entraver l'activité du bacille de Ducrey dans les pustules d'inoculation.

5° Les microbes qu'on trouve dans le pus du chancre mou à côté du bacille de Ducrey ne sont pas étrangers à la marche du chancre et peut être tout particulièrement à la formation du bubon où ils pourraient souvent jouer le rôle de cause efficiente.

6° Il serait à désirer que les expérimentateurs portassent leur attention sur l'étude de ces microbes quasi-étrangers pour établir nettement leur rôle dans la marche du processus et les rapports réciproques qui peuvent exister entre ces micro-organismes et le bacille de Ducrey.

7° Cette étude, pour être complète et méthodique, doit être basée sur des procédés de recherches multiples : des examens microscopiques comparatifs du pus des chancres de diverses générations devront marcher parallèlement avec des ensemencements de ce même pus sur différents milieux et l'étude attentive de ces cultures. Enfin, la clinique et le laboratoire se prêteront un mutuel appui, l'observation clinique viendra toujours compléter, souvent même guider ces recherches de laboratoire.

La question se présente pour nous, en effet, sous un aspect tellement complexe qu'il n'est pas trop du concours de toutes les méthodes d'observation et d'étude pour en démêler les éléments principaux et établir une théorie embrassant tout l'ensemble des faits connus.

OBSERVATIONS

Obs. I. — François P..., âgé de 22 ans, étameur. Entré le 7 septembre 1893, salle Chopart, n° 33.

Bonne santé habituelle. Il y a un an, blennorrhagie. Aux mois de janvier-mars 1892 le malade était en traitement dans le service pour chancre induré de la verge et accidents secondaires consécutifs.

Actuellement, le malade offre un chancre mou ayant débuté il y a un mois et demi et siégeant exactement au même endroit où se trouvait antérieurement le chancre induré.

Le chancre actuel se présente sous la forme d'une ulcération circulaire, profonde et à bords taillés comme à l'emporte-pièce ; il siège dans la rainure balano-préputiale et empiète largement sur la base du gland, il a 2 centim. de long sur 1 centim. de large.

La syphilis antérieure pouvait encore laisser subsister un doute sur le diagnostic, mais le malade présentait en même temps une adénopathie inguinale double, plus prononcée du côté gauche. Cette adénopathie monoganglionnaire, apparue dix jours après le chancre, ne tarda pas à suppurer en confirmant ainsi le diagnostic du chancre mou. Ouverture du bubon gauche le 19 septembre. Le droit est incisé deux jours plus tard. Le chancre était très lent à cicatriser et est resté longtemps à l'état stationnaire.

Le 27 septembre, on examine le pus pris à la surface de l'ulcère primitif : peu d'éléments figurés ; beaucoup de granulations libres mal colorées ; quelques leucocytes morts ; bacilles de Ducrey rares. Après ce premier examen, on prend une goutte de l'exsudat du chancre par grattage de sa surface : dans cette préparation un réseau de fibrine provenant de la petite suffusion sanguine qui a été provoqué par le grattage, masque presque complètement les autres éléments.

Le 30, on examine le pus d'une pustule inoculée deux jours auparavant : pus riche en leucocytes polynucléaires, pauvre en microbes ; bacilles de Ducrey isolés et extra-leucocytaires pour la plupart ; pas d'autres microbes. Réinoculation, toujours au bras gauche, avec ce pus. Le 5 octobre, ce chancre de réinoculation est excisé après examen préalable de son pus. Cet examen montre un nombre considérable de bacilles de Ducrey souvent intra-leucocytaires ; pas d'autres microbes.

Les ensemencements faits avec ce pus sur de l'agar, anciennement préparé, sont restés stériles.

Obs II. — Léonard C..., 29 ans, cultivateur, est entré le 14 septembre 1893, salle Ricord, n° 22.

Bonne santé habituelle. Il y a deux ans, blennorrhagie. Pas de syphilis.

Examen le 15 septembre. — Le malade présente une huitaine de petits chancres mous siégeant sur le bord libre et la face interne du prépuce et

sur le gland. Ces chancres peu profonds saignent facilement, suppurent peu. L'un d'eux, le premier en date, remonte à deux mois, il est apparu une dizaine de jours après le dernier coït. Il a 8 millim. environ de long sur 3 millim de large ; ses bords sont un peu décollés et relevés. Phimosis. Bubon inguinal droit, peu douloureux et non fluctuant.

Deux inoculations ont été faites le 16 septembre, l'une à la région sus-ombilicale et l'autre au poignet gauche, avec du pus des chancres primitifs.

Seule, l'inoculation faite sur le poignet a pris. Le pus du chancre auquel elle a donné naissance a été examiné et une réinoculation a été faite, le 18 septembre, sur le poignet droit avec ce pus du chancre de première inoculation.

La réinoculation, elle aussi, a donné le lendemain même un résultat positif. Après examen du pus du chancre obtenu par réinoculation, ce chancre a été détruit par la pâte sulfo-carbonique de Ricord. La destruction a été beaucoup plus parfaite que par le chlorure de zinc que nous avons employé pour le chancre de première inoculation, qui était très lent à cicatriser.

Examen du pus du chancre primitif (16 septembre). — Peu de bacilles de Ducrey ; beaucoup de cocci de dimensions assez considérables, affectant souvent la disposition de deux haricots se regardant par leur face concave.

Examen du pus du chancre l'inoculation (18 septembre). — Bacilles de Ducrey plus nombreux mais toujours mêlés à une quantité de cocci.

Examen du pus de la pustule de réinoculation (19 septembre). — Pus excessivement riche en microbes ; il y a plus de microbes étrangers que de bacilles de Ducrey.

Obs. III. — Joseph-Louis S..., 23 ans, cultivateur. Entré le 14 septembre 1893, salle Chopart, n° 37.

Bonne santé habituelle. Aucun accident vénérien antérieur.

Il y a dix jours, apparition d'un premier chancre mou à la rainure balano-préputiale, deux jours après le dernier coït.

Actuellement, le malade présente une vingtaine de chancres mous typiques de dimensions et d'âge différents (la plupart sont encore à l'état de pustules), siégeant sur le bord libre et la face interne du prépuce et sur le gland. Ces chancres suppurent très abondamment. Phimosis et balano-posthite. Pas de bubon inguinal.

Le 17 septembre, on examine le pus de ces chancres primitifs en même temps que l'on inocule un peu de pus chancrelleux au poignet gauche. Cette inoculation a donné naissance, au bout de deux jours, à une pustule caractéristique qui s'est ouverte spontanément le lendemain en laissant à découvert une ulcération creusée en godet.

Le pus de ce nouveau chancre dû à l'inoculation est examiné au microscope le 20 septembre et inoculé le même jour (deuxième inoculation) au bras gauche, région externe, après quoi le chancre est détruit par des cautérisations au phénolsalyl.

L'évolution du chancre de troisième génération, obtenu par réinoculation et dont la nature n'était pas douteuse, a été marquée par une tendance

naturelle à la guérison : il a guéri dans l'espace de dix jours sans que nous ayons eu besoin de recourir à la cautérisation. Ce chancre avait cependant fourni une suppuration très abondante.

Une troisième inoculation ne nous a donné qu'une toute petite pseudopustule qui est restée à l'état stationnaire trois ou quatre jours ; il n'y avait pas d'ulcération creusée en godet sous cette pustule.

L'examen du pus primitif (17 septembre) nous montre peu de bacilles de Ducrey et beaucoup de cocci dont on peut distinguer deux variétés : des gros cocci isolés et des microcoques disposés 4 par 4.

Examen du pus du chancre d'inoculation (20 septembre). — Pus très riche en leucocytes ; mêmes micro-organismes, le nombre de microcoques s'est même accru.

L'examen du pus du chancre de deuxième inoculation (22 septembre), nous montre des colonies excessivement abondantes de microcoques ; leurs caractères morphologiques sont si nets qu'on peut affimer qu'il s'agit du microccoccus tetragenus. Les ensemencements n'ont pas été faits faute de matériaux nécessaires.

Obs. IV. — Victorine D..., 35 ans, prostituée (en chambre). Entrée le 22 septembre 1793, salle Ambroise-Paré, n° 5.

Fait la vie depuis quinze ans. A été soignée à plusieurs reprises dans le service de M. Brousse pour uréthrite et métrite blennorrhagiques. Pas de syphilis.

Actuellement, la malade offre un chancre qui siège à la petite lèvre droite et empiète un peu sur la ligne médiane. Ce chancre, non induré à sa base, est de 1,5 millimètres environ de long sur 5 millimètres de large ; il suppure beaucoup. Aucun renseignement sur le mode et la date du début. Adénopathie inguinale droite monoganglionnaire, douloureuse, mais pas fluctuante.

Une inoculation a été faite à la paroi abdominale antérieure le 23 septembre, elle a donné naissance au bout de deux jours à une pustule typique détruite (cautérisations à l'acide phénique) après examen de son pus.

Le pus du chancre primitif a été examiné à deux reprises : 1), le 23 septembre, avant tout traitement, et 2), le 28 septembre après quatre jours de traitement (lavages au sublimé et iodoforme) et lorsque le chancre était déjà en voie de cicatrisation.

Premier examen du pus du chancre primitif (23 septembre). — Pus très riche en microbes : bacilles de Ducrey ; bacilles uniformément colorés et prenant le Gram (bactéries communes de la peau ?) ; cocci nombreux.

Deuxième examen du pus du chancre primitif (28 septembre). — Il reste encore un nombre considérable de bacilles de Ducrey, le nombre de microbes étrangers a beaucoup diminué.

Examen du pus du chancre d'inoculation (25 septembre). — Bacilles de Ducrey isolés et en amas, peu d'autres microbes.

Obs. V. — Auguste T..., 38 ans, décrotteur. Entré le 22 septembre 1893, salle Ricord, n° 28. Aucun accident vénérien antérieur.

Actuellement, chancre mou siégeant dans la rainure balano-préputiale. Ce chancre remonte à une dizaine de jours et a débuté six jours après le dernier coït. Il a actuellement 1 centim. environ de diamètre et se pré-

sente sous un aspect sale, croûteux ; il suppure peu, mais saigne facilement et occasionne des douleurs assez vives.

Adénopathie inguinale gauche monoganglionnaire, douloureuse et fluctuante au bout de trois jours, ouverte le 29 septembre.

Une inoculation a été faite à la région sus-ombilicale, le 28 septembre ; couverte de diachylon, elle n'a pas donné de résultat positif.

Au bout de deux jours, le 30 septembre, on en fait une autre à la région externe du bras gauche. Cette inoculation donne lieu à un chancre qui est excisé le 5 octobre, c'est-à-dire le sixième jour. Le pus du chancre d'inoculation a été examiné avant l'excision.

Le malade sort le 14 octobre. Son chancre est presque guéri ; le bubon est en voie de cicatrisation. La plaie de l'excision du chancre au bras va très bien.

Nous avons revu le malade quinze jours après (rentré pour bubon non complètement cicatrisé) : l'excision du chancre n'a laissé qu'une petite cicatrice insignifiante.

Examen du pus primitif (28 septembre). — Tous les éléments sont mal colorés ; beaucoup de débris cellulaires et de granulations protoplasmiques libres ; quelques bacilles de Ducrey isolés.

Examen du pus du chancre d'inoculation (5 octobre). — Peu de bacilles de Ducrey, pas d'autres microbes.

Obs. VI. — Jeanne L..., 20 ans, bonne de café. Entrée le 28 septembre 1893, salle Ambroise-Paré, n° 4.

Fait la vie depuis trois ans. Nie naturellement tout accident vénérien antérieur.

La maladie actuelle aurait débuté il y a quinze jours (?). La malade présente actuellement à la vulve de nombreuses papules de nature syphilitique. On trouve, en effet, une adénopathie polyganglionnaire non douloureuse du côté gauche.

Deux ou trois jours après son entrée dans le service, on constate au niveau du pubis, sur la ligne médiane, une ulcération circulaire, à base non indurée, ayant un centimètre de diamètre sur trois millimètres de profondeur. Cette ulcération suppurait beaucoup, néanmoins les accidents syphilitiques, les papules que présentait la malade dans le voisinage de l'ulcération faisaient penser à sa nature syphilitique.

Le 6 octobre, en présence de la suppuration toujours abondante, on fait une inoculation à la paroi abdominale antérieure et l'on examine le pus de l'ulcération primitive. Dans ce pus primitif on trouve un nombre considérable de cocci et relativement peu de bacilles de Ducrey.

Le pus du chancre d'inoculation a été examiné à deux reprises : le 10 octobre, c'est-à-dire au cinquième jour, et le 23 octobre. Le premier examen nous a montré beaucoup de bacilles de Ducrey, souvent en chaînettes; dans le second examen nous n'avons pas trouvé de bacilles, — le chancre était déjà en voie de guérison.

Obs. VII. — Joseph Ch..., 28 ans, cultivateur. Entré le 28 septembre 1893, salle Ricord, n° 15.

A été déjà en traitement dans le service au mois d'août dernier pour balano-posthite et bubon inguinal droit, ouvert le 6 août.

Actuellement, chancres mous multiples et balano-posthite. Suppuration abondante.

Le 27 octobre, inoculation au poignet gauche. Cette inoculation donne naissance à une pustule caractéristique excisée le 31 octobre après examen du pus et ensemencements sur agar et gélatine.

L'*examen microscopique* nous a montré, à côté du bacille de Ducrey, de nombreux groupes de cocci et cela aussi bien dans la pustule d'inoculation que dans l'ulcère primitif.

Les premiers ensemencements avec le pus nous ont déjà donné des colonies presque pures de staphylococcus pyogenes albus. Ici encore les résultats étaient absolument identiques pour le chancre d'inoculation et pour l'ulcère primitif.

Obs. VIII. — Victor D..., 34 ans, terrassier. Entré le 9 octoçre 1893, salle Chopart, nº 41.

Le malade est un alcoolique avéré et a un casier vénérien assez chargé. Il y a huit ans, blennorrhagie et bubon inguinal droit, ouvert à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Humbert. Plusieurs chancres mous en 1890.

La maladie actuelle a débuté il y a un mois et demi par un chancre mou siégeant à la partie gauche de la rainure balano-préputiale. Ce chancre est apparu le lendemain du coït et a été suivi sept ou huit jours plus tard d'un autre chancre situé à la face interne du prépuce, à 2 centimètres environ du premier.

Le chancre, apparu le premier, a actuellement deux centimètres et demi environ de long sur un centimètre de large, il suppure abondamment, mais ses bords ne sont point taillés à pic, l'ulcération est peu profonde et de plus, on trouve à sa base une induration très nette ; — tous ces caractères ajoutés à une adénopathie inguinale polyganglionnaire double (peu prononcée, il est vrai) font penser à un chancre syphilitique.

Mais l'inoculation et l'examen bactériologique sont venus démontrer qu'il y avait bien là un chancre mou ; si l'on veut tenir compte en même temps du tableau clinique, il faut regarder ce chancre comme un chancre mixte, mais jusqu'à présent aucun accident n'est encore venu confirmer cette hypothèse. L'autre ulcération présentait tous les caractères d'un chancre mou. Toutes les deux avaient été soignées pendant quinze jours, à la consultation externe, par des lavages au sublimé et les applications de la poudre d'iodoforme.

Le 11 octobre, on examine le pus de deux chancres primitifs et l'on fait deux inoculations : l'une sur le poignet gauche avec du pus du chancre probablement mixte (?), l'autre au bras gauche avec du pus pris à la surface du chancre franchement mou.

Ces inoculations ont toutes deux donné des résultats positifs au bout de deux jours ; elles ont été excisées, encore à l'état de pustules, le 14 octobre après examen préalable de leur pus.

L'examen du pus des chancres primitifs montre déjà de nombreux bacilles de Ducrey ; quant au pus des pustules d'inoculation, il en est excessivement riche. On y trouve de belles *chaînettes* de strepto-bacilles ; il y a jusqu'à huit et dix articles dans un même chapelet.

Obs. IX. — Étienne G..., 29 ans, terrassier. Entré le 11 octobre 1893, salle Chopart, n° 44.

Pas d'antécédents vénériens.

Gros chancre sur la face interne du prépuce, ayant débuté il y a un mois, le lendemain du coït.

A été soigné par des applications du vin aromatique. Il y a huit ou dix jours, apparition de deux autres chancres sur le filet. Bubon très douloureux du côté droit, depuis dix jours.

Inoculation au poignet gauche et examen du pus primitif, le 13 octobre.

La pustule d'inoculation a été excisée au bout de vingt-quatre heures, après examen préalable de son pus.

Le bubon a été incisé le 17 octobre. On a fait l'examen de son pus « superficiel » et « profond » sans y constater aucun micro-organisme. L'inoculation faite avec ce pus sur le poignet droit a donné un résultat négatif.

Le pus des chancres primitifs aussi bien que celui de la pustule de vingt-quatre heures renfermait des bacilles de Ducrey médiocrement abondants.

Obs. X. — Paul R..., 30 ans, cultivateur. Entré le 14 octobre 1893, salle Chopart, n° 30.

Pas d'antécédents vénériens. — Dernier coït il y a quinze jours. Au bout de sept jours, apparition d'un premier chancre mou sur la face inférieure du fourreau de la verge. Ce chancre a actuellement un demi-centimètre environ de diamètre ; il suppure peu. Sur le scrotum, dans un point symétrique, existe un petit chancre mou à peine arrivé à la période d'ulcération, — ce chancre est évidemment dû à l'auto-inoculation. Sur la face externe et le bord libre du prépuce, il y a trois chancres mous assez volumineux, à suppuration abondante.

Balano-posthite et phimosis léger. Pas d'adénopathie inguinale.

Le 17 octobre, examen du pus du chancre primitif et inoculation au poignet gauche. Le chancre d'inoculation a été excisé le 24 octobre, au septième jour, après examen préalable de son pus. Bacilles de Ducrey assez nombreux dans le chancre d'inoculation et le pus primitif.

Les ensemencements faits avec ce pus sur différents milieux nous ont donné un coccus sur la nature duquel nous ne sommes pas encore absolument fixé. Ses caractères morphologiques le rapprocheraient assez du *streptococcus conglomeratus* décrit par Kurth.

Obs. XI. — Claude G..., 33 ans, jardinier. Entré le 16 octobre 1893, salle Ricord, n° 18.

Blennorrhagie, il y a neuf ans.

Début, il y a une quinzaine de jours, sept ou huit jours après le dernier coït, par un petit bouton blanc. Actuellement, ulcération de 2 centim. et demi de long sur 1 centim. de large, aspect phagédénique, mais suppuration peu abondante. Bubon inguinal gauche fluctuant et doulourex depuis huit jours.

Le 17 octobre, examen du pus du chancre primitif et inoculation au poignet gauche. L'inoculation est restée négative. L'examen du pus primitif ne nous a montré que des groupes assez nombreux de staphylocoques.

Par des ensemencements successifs de ce pus nous sommes arrivé à isoler deux micro-organismes : le staphylococcus pyogenes albus et le staphylococcus pyogenes aureus.

Le *bubon* a été incisé le 20 octobre, à l'incision s'est vidé d'un seul coup. L'examen microscopique de son pus nous a montré des cocci et des bacilles de Ducrey très nombreux. Les ensemencements successifs faits avec ce pus nous ont donné le staphylococcus aureus que nous avions déjà constaté dans le chancre.

L'*inoculation de ce pus* (20 octobre) a donné naissance à une pustule caractéristique et renfermant des bacilles de Ducrey en nombre assez considérable. Cette pustule a été excisée le 23 octobre.

Obs. XII. — Félix F..., 19 ans, cocher. Entré le 20 octobre 1893, salle Chopart, n° 32.

Blennorrhagie il y a deux ans.

Début de la maladie actuelle il y a deux mois, une dizaine de jours (?) après le coït. Chancre à la rainure balano-préputiale. Balano-posthite. Phimosis léger. Plusieurs petits chancres autour de l'orifice du prépuce. Pas de bubon inguinal.

Le 26 octobre, examen du pus du chancre primitif et ensemencements de ce pus ; inoculation au poignet gauche. Résultat positif ; chancre d'inoculation excisé le 31 octobre.

Examen microscopique du pus primitif et du pus d'inoculation. — Positif au point de vue du bacille de Ducrey.

Ensemencements avec le pus primitif : colonies de staphylococcus albus.

Ensemencements avec le pus du chancre d'inoculation sont restés stériles.

Obs. XIII. — Eléonore Ch..., 22 ans, fille soumise. Entrée le 23 octobre 1893.

Une dizaine de chancres mous d'âges et de dimensions différents. Aucun renseignement sur la date du début.

L'inoculation n'a point été faite, étant donnés la multiplicité des lésions et leurs caractères : ulcérations taillées comme à l'emporte-pièce, à fond croûteux jaunâtre, à bords déchiquetés, — il ne pouvait pas y avoir de doute sur le diagnostic.

L'*examen microscopique* qui a porté sur le pus des ulcérations déjà avancées nous a montré des bacilles de Ducrey en nombre variable pour différentes ulcérations,

Obs. XIV. — Gaspard A..., 36 ans, cultivateur. Entré le 13 octobre 1893, salle Ricord, n° 28.

A déjà été en traitement dans le service à deux reprises : 1) il y a un an pour un chancre induré ; 2) il y a cinq mois pour paraphimosis.

Début de la maladie actuelle le 5 octobre, huit jours après le dernier coït. Au bout de huit jours bubon inguinal gauche énorme ; la peau est rouge et très amincie ; il y a de la fluctuation.

Le chancre a été traité par des applications d'eau chaude ; il est actuellement presque guéri, il n'en reste qu'une petite plaie linéaire parallèle à la rainure balano-préputiale. L'examen microscopique aussi bien que l'ino-

culation de l'exsudat de cette plaie n'ont donné que des résultats négatifs.

Le 24 octobre, à l'ouverture du bubon, on prend un peu de pus dans la plaie et l'on fait une inoculation sur le poignet gauche. Pas de résultat positif.

L'*examen microscopique* du pus de ce bubon ne montre que des cocci. Les ensemencements n'ont point été faits.

Obs. XV. — Louis D..., garçon boulanger, âgé de 21 ans. Entré le 31 octobre 1893, salle Ricord, n° 24. Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents vénériens.

Début il y a un mois environ par un chancre mou apparu sur la face interne du prépuce, quatre ou cinq jours après le dernier coït.

Actuellement, une douzaine de chancres mous d'âges différents, siégeant sur la face interne du prépuce, sur le gland et dans la rainure balano-préputiale. Pas d'adénopathie inguinale.

1er novembre. — Examen du pus du chancre primitif et ensemencement de ce pus sur gélatine. L'examen microscopique ne montre que des bacilles de Ducrey ; ce résultat est confirmé par l'ensemencement qui reste stérile.

Le même jour on fait une inoculation avec le pus primitif à la région sus-ombilicale.

Le 4. On trouve au niveau de l'inoculation une belle pustule typique. On examine le pus de cette pustule en même temps qu'on en fait un ensemencement avec du pus primitif. Les deux tubes ensemencés restent à la température de 38° jusqu'au 8 novembre. Le tube ensemencé avec du pus primitif a donné une petite colonie de staphylococcus albus ; celui qui avait été ensemencé avec le pus d'inoculation est resté stérile.

L'*examen microscopique* du pus de la pustule d'inoculation a été positif au point de vue du bacille de Ducrey.

HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE A LA DEUXIÈME GÉNÉRATION

Par **Georges Étienne.**
Ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Fait recueilli dans le Service de M. le professeur Spillmann.

Un sujet, né syphilitique de parents syphilitiques, peut-il, à son tour, sans nouvelle infection, procréer des enfants syphilitiques ? Tout porte à le croire. Cependant les cas d'hérédo-syphilis à la deuxième génération sont très rares; de plus, la plupart de ceux qui sont connus ne sont pas à l'abri de toute critique.

Voici l'histoire d'une famille que nous avons pu observer à l'Hôpital civil de Nancy :

La femme V... meurt, à l'âge de 55 ans, des suites d'une carie syphilitique du crâne, évoluant depuis 8 ans et diagnostiquée par le Dr Ganzinotty, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Son mari est mort à 56 ans d'une attaque suivie de paralysie. Les renseignements précis manquent à son sujet.

Le fils de cette femme est frappé à *34 ans* d'une attaque avec aphasie, rapidement guérie par les frictions mercurielles, et assez complètement pour qu'il puisse reprendre son métier de chauffeur sur la ligne des chemins de fer de l'Est. Depuis ce moment, il a éprouvé à plusieurs reprises des troubles mentaux, à caractères tantôt brutaux, tantôt érotiques, toujours améliorés par l'iodure de potassium à haute dose. Il a continué à souffrir d'une céphalée persistante. A 40 ans, à la suite d'un étourdissement, il est tombé de sa locomotive et s'est tué.

Il a été impossible de relever chez lui d'autres antécédents spécifiques.

Sa femme, très anémique avant son mariage, a toujours été bien portante depuis cette époque.

Elle n'a jamais eu aucune éruption cutanée, n'a jamais présenté d'accidents nerveux.

Elle a eu de son mari 15 grossesses ; 8 enfants sont actuellement vivants :

1re grossesse. Une fille, morte accidentellement à l'âge de un an. Était bien portante.

2e grossesse. Fausse couche à 2 mois sans cause connue.

3e grossesse. Hélène, âgée de 18 ans, aurait eu, dit-on, « une fausse méningite » à 11 ans; troubles mentaux améliorés par les frictions mercurielles.

4e grossesse. Émile; n'a commencé à parler qu'à 8 ans, a encore par moments des troubles de la parole.

5e grossesse. Augustine, 16 ans. A l'âge de 6 mois, abcès multiples (?) derrière les oreilles.

Depuis l'âge de 11 ans, céphalée violente, continue, traitée et guérie dans le service de M. le professeur Spillmann par des frictions mercurielles (1889).

Elle est amenée de nouveau au service le 2 mai 1893, présentant depuis 3 semaines un état d'excitation mentale considérable, riant continuellement d'un rire saccadé, scandé, sans aucun motif. La parole est brève, hachée, la malade s'arrêtant court au milieu d'un mot, faisant une pose avant de l'achever. Idées bizarres ; très raisonneuse. Érotisme. Diminution de la sensibilité cutanée. Tous les organes fonctionnent régulièrement.

Étant donnés les antécédents héréditaires et personnels de la jeune fille, on pratique une injection sous-cutanée de un centim. cube de thymol-acétate de mercure.

8 mai. Amélioration très notable de l'état mental. Le rire continu s'est arrêté.

Le 11. Agitation excessive, la malade veut s'enfuir ; véritable accès de démence exigeant l'emploi de la camisole de force.

Le 12. Apparition des règles.

Le 20. Première crise d'hystérie depuis l'entrée d'Augustine au service ; elle est couchée dans son lit, sur le ventre, la tête très fléchie en avant, les bras convulsés, contractés et rejetés en arrière, les doigts fléchis, les pouces en dehors ; pas de mouvements, pas de stertor, pas d'écume ; au réveil, aucun souvenir de ce qui s'est passé.

A partir de ce moment, l'état s'améliore très considérablement jusqu'au 8 juin, alors que l'apparition des règles est précédée d'une crise de démence furieuse.

15 juin. Crise d'hystérie.

Le 21. Crise de tremblement ; les jambes sont agitées d'un mouvement oscillatoire épileptoïde rapide (160 à la minute).

Le 26. Une nouvelle période cataméniale est accompagnée des accidents habituels.

Depuis lors, l'amélioration marche rapidement, la malade quitte la clinique dans le courant du mois d'août.

Elle a reçu onze injections de thymol-acétate mercurique.

6e grossesse. Émile, 15 ans. Souffre d'une céphalée continuelle, toujours améliorée par l'iodure de potassium.

7e grossesse. Fausse couche.

8e grossesse. Marie, morte à 5 ans à l'hôpital (1885) à la suite d'accidents buccaux, à évolution rapide, avec destruction des joues, de la bouche.

9e grossesse. Fausse couche à 3 mois.

10e grossesse. Louise, âgée de 11 ans, est perdue de vue.

11e grossesse. Marie, née à terme, mais dans un état de desquamation complète et à demi-macérée.

Actuellement âgée de 10 ans ; à l'âge de 6 mois, éruption abondante à la région fessière ; un peu plus tard lésion des gencives ; à l'âge de 2 ans, un médecin dut arracher presque toutes les dents déjà poussées, à cause de leurs anomalies d'implantation. Destruction ulcérative totalement indolore du voile du palais, et se réparant spontanément, de telle sorte qu'il ne persiste pas de perforation. Actuellement, sur le voile du palais,

on voit une très légère cicatrice blanche, occupant toute la longueur de la voûte palatine, sur le raphé médian, large de un centim. et demi environ en arrière, de 6 à 7 millim. seulement en avant, où elle arrive jusqu'à un centim. environ en arrière de l'arcade dentaire. La voix est restée pendant longtemps nasonnée ; ce défaut de prononciation s'est atténué depuis quelques années.

Les dents n'ont repoussé que depuis cette année ; elles sont mal plantées, les incisives sont alignées en ligne droite en avant, les canines formant avec la ligne des molaires un angle obtus. Les incisives supérieures sont larges, crénelées, avec trois profondes scissures.

Quelques cicatrices linéaires peu visibles sur les fesses.

12e grossesse. Fausse couche à 6 semaines.

13e grossesse. Antoinette, 6 ans. Elle aurait souvent des « grosseurs » aux gencives. Céphalées fréquentes.

14e grossesse. Fausse couche de 2 mois.

15e grossesse. Léonie, 4 ans, bien portante, les dents sont très écartées les unes des autres.

La syphilis a été diagnostiquée à coup sûr chez la grand'mère paternelle. Elle s'est certainement affirmée chez le père par cette attaque accompagnée d'aphasie qui le frappe à l'âge de 34 ans, et qui guérit rapidement par le traitement hydrargyrique.

L'enquête très approfondie, n'ayant retrouvé chez lui aucun autre accident spécifique, a démontré sa nature héréditaire et tardive. Remarquons encore que sa femme n'a très probablement pas été atteinte d'accidents patents

Enfin, à la seconde génération, sur 15 grossesses, nous relevons : cinq avortements; puis un enfant arriéré qui n'a commencé à parler qu'à huit ans ; cinq enfants atteints de troubles mentaux ou de céphalée tenace toujours améliorés par le traitement spécifique ; une fille morte d'accidents ulcératifs fort suspects ; une autre fille née en état de demi-macération, atteinte d'une perforation indolore du voile du palais, d'une éruption fessière ayant laissé persister des cicatrices blanches linéaires sur l'importance diagnostique desquelles M. le professeur Fournier a attiré l'attention; enfin, de déformation dentaire qu'elle partage d'ailleurs avec une de ses sœurs.

On peut objecter que la série des fausses couches n'affecte pas le type classique des avortements syphilitiques ; la première fut précédée d'une grossesse normale ; c'est plus tard qu'elles deviennent plus fréquentes (grossesses nos 7, 9, 12, 14). Cette objection perd de sa valeur si l'on admet que le père fut atteint d'une syphilis héréditaire à manifestations très tardives ; et, en effet, il faut remarquer que c'est à partir de la septième grossesse, survenue vers le moment où le père fut frappé de son attaque, que les accidents deviennent surtout graves et mieux caractérisés.

Chez Augustine, certes, toute l'amélioration ne peut être attribuée

au traitement spécifique; il faut tenir grand compte, chez cette hystérique, du résultat produit à l'hôpital par le changement de milieu; mais il ne peut être invoqué chez Hélène, Émilie, Antoinette.

Donc, ces objections, même en leur donnant leur valeur maximum, ne peuvent suffire à infirmer la très grande probabilité apportée à l'hypothèse d'*hérédo-syphilis à la deuxième génération* par l'étude de l'ensemble des membres de cette famille, dont aucun n'a été complètement épargné.

D'ailleurs, chez plusieurs de ces enfants, l'hérédité tardive n'a probablement pas encore dit son dernier mot.

ECCHYMOSES PROFESSIONNELLES

CHEZ LES INDIVIDUS QUI SE LIVRENT A L'EXERCICE DU SAUT

Par le Dr **J. Brault**,
Médecin-major de l'armée.
Professeur suppléant de pathologie chirurgicale à l'École de médecine d'Alger.

En pratiquant, à quelque temps de distance, les autopsies de deux hommes morts assez rapidement à la suite de lésions de la colonne cervicale déterminées par des chutes sur la nuque, je remarquai *des ecchymoses très foncées à la pulpe des deux gros orteils*. Je mis tout d'abord ces extravasats sanguins sur le compte de la lésion médullaire et ce n'est qu'en réfléchissant, que je pensai qu'il pouvait y avoir là quelque chose de quasi-professionnel. Mes deux individus étaient des gymnasiarques, des sauteurs émérites. Je me demandai si leurs exercices, *le saut* en particulier, n'étaient pas plutôt la cause des hémorrhagies cutanées que j'avais constatées.

En examinant un grand nombre de sujets : *gymnasiarques amateurs ou professionnels, cavaliers faisant de la voltige de pied ferme* (1), je n'ai pas tardé à me convaincre, qu'il existe des *lésions caractéristiques chez les individus qui se livrent fréquemment à l'exercice du saut.*

On rencontre chez eux, *des ecchymoses symétriques des deux gros orteils* (2); *ces hémorrhagies cutanées siègent le plus souvent à la pulpe*, c'est là leur lieu d'élection, mais elles peuvent parfois envahir la face dorsale, circonscrire l'ongle, ou même gagner son lit.

Chez plusieurs des sujets observés par nous, *la matrice unguéale était souvent envahie* et il en résultait le décollement, la chute de l'ongle plus ou moins déformé par des atteintes antérieures.

Tantôt la suffusion sanguine est étalée en nappe foncée, tantôt elle

(1) Il doit en être de même chez les danseurs.
(2) Très rares aux autres orteils.

ne présente qu'un granité, qu'un simple piqueté hémorrhagique plus ou moins discret.

Sur les orteils ecchymosés, à part le changement de coloration et les déformations unguéales (1), nous n'avons constaté aucune autre lésion cutanée.

L'affection est indolente, c'est à peine si ceux qui en sont porteurs, accusent quelques fourmillements incapables de les gêner dans leur travail.

Lorsqu'il y a chute de l'ongle, cette dernière se fait *froidement, insensiblement*; sans qu'il y ait aucun phénomène inflammatoire, sans déterminer le plus léger degré d'onyxis.

L'ecchymose caractéristique apparaît progressivement au cours d'exercices violents et répétés, elle disparaît assez vite après leur cessation (2).

Bien que mes constatations eussent porté sur des sujets sains et même vigoureux, j'ai voulu instituer une expérience démonstrative, qui me rendît absolument certain que l'ecchymose était bien produite par l'exercice du saut.

J'ai pris dans mon service un malade, moniteur de gymnastique qui me disait avoir eu autrefois l'ecchymose, lorsqu'il sautait beaucoup ; je l'ai fait reprendre ses exercices et j'ai vu *progressivement*, sous mes yeux, renaître la lésion.

Il serait superflu de s'étendre en de longues considérations sur cette petite hémorrhagie professionnelle ; nous tenions simplement à la signaler, parce que nous ne l'avons trouvée mentionnée nulle part et qu'il faut savoir la différencier des ecchymoses d'un autre ordre pathologique. Elle peut être le point de départ de troubles trophiques des ongles et d'autre part, sur le terrain de la médecine légale, elle peut jusqu'à un certain point rentrer dans la classe de ces affections cutanées qui permettent la constatation ou la reconstitution de l'identité.

(1) On peut rencontrer de l'onychatrophie ou au contraire de l'onychogryphose.

(2) L'ecchymose a une marche progressive, elle n'est pas due à un accident, à un trauma violent, mais à une série de petits traumatismes répétés.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 MARS 1894

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE : Correspondance. Présentation d'ouvrages et de dessins. — Éruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine, par M. L. Brocq. (Discussion : MM. Du Castel, Brocq, P. Raymond, Jullien.) — Tuberculose linguale et palatine, par M. Du Castel. (Discussion : MM. A. Fournier, Hallopeau, Thibierge, Du Castel, Jullien, E. Besnier.) — Tumeur du pied (fibro-lipome ?), par M. Du Castel. — Chancres mous du doigt simulant un panaris, par M. Gastou. (Discussion : MM. E. Besnier, A. Fournier, Balzer, Jullien.) — Nævi multiples de la bouche et de la langue, par M. Mendel. — Deux cas de xanthome juvénile familial, par M. Georges Thibierge. — Syphilis héréditaire des fosses nasales, par M. Mendel. — Dermatite exfoliatrice secondaire probable, par M. Louis Wickham. (Discussion : MM. Brocq, Wickham, E. Besnier, Hallopeau.) — Note sur un cas de folliculite décalvante (pseudo-pelade de Brocq), par M. Niclot. (Discussion : MM. Brocq, E. Besnier.) — Sur un nouveau cas de morphée, par MM. Hallopeau et Brodier. — Épithéliome greffé sur un lupus, par MM. Hallopeau et Brodier. — Gomme du corps ciliaire, par M. A. Terson. (Discussion : M. A. Fournier.) — Érythème provoqué par l'antipyrine ; pseudo-roséole syphilitique, par M. Louis Wickham. (Discussion : MM. A. Fournier, E. Besnier, Hallopeau.) — Éruption impétigo-ecthymateuse généralisée, développée chez un enfant à la suite du percement de l'oreille par un bijoutier, par MM. Deléage et Morel-Lavallée. (Discussion : M. E. Besnier.) — Gommes syphilitiques symétriques, par L. Jullien.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Kalindéro à M. Du Castel, protestant contre la dénomination « procédé Démosthènes-Kalindéro » attribuée dans la dernière séance au mode de recherche du bacille de la lèpre, par le vésicatoire. Ce procédé doit être attribué à M. Kalindéro *seul*.

L'auteur ajoute que les bacilles ne doivent pas être cherchés dans la « sérosité », mais seulement dans l'humeur du vésicatoire *suppuré*.

Présentation d'une planche d'anatomie.

Par le Dr D. Brocq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie au nom de M. le professeur Lewin, de Berlin, une superbe planche d'anatomie normale de la peau qui me semble appelée à rendre les plus grands services.

On y trouve soigneusement notés tous les détails les plus minutieux et les plus nouveaux de l'histologie de l'épiderme, du chorion, du pannicule adipeux et de leurs divers éléments constitutifs, vaisseaux, nerfs, poils, glandes sudoripares, glandes sébacées, etc... L'exécution en est excellente, la netteté parfaite, et elle me paraît remplir toutes les conditions désirables pour l'instruction des élèves.

M. Feulard, au nom de M. Zeferino Falcao (de Lisbonne) présente la photographie d'un malade atteint de *xeroderma pigmentosum*. Ce serait le premier cas de cette affection observé en Portugal.

Éruption érythémato-pigmentée fixe due à l'antipyrine.

Par le Dr L. Brocq.

En 1891 nous fûmes consulté par une jeune femme de 25 ans environ qui présentait d'une manière régulière, au moment de ses règles, une éruption assez singulière : elle consistait en une plaque ovalaire à grand axe transversal de 3 centim. environ, à petit axe vertical de 2 centim., à bords assez nettement arrêtés, d'un rouge un peu bistre ne s'effaçant qu'incomplètement par la pression, au niveau de laquelle le derme était manifestement épaissi : l'infiltration assez accentuée au centre, allait en diminuant graduellement vers les bords ; elle était le siège de sensations de cuisson assez vives. Au bout de quelques jours, au dire de la malade, la teinte rouge de la plaque pâlissait, l'infiltration diminuait, mais il persistait toujours une certaine coloration bistre ; puis, à l'approche des règles suivantes, la plaque reprenait toute son intensité. Cette plaque était située à la partie antérieure du poignet gauche ; la malade en présentait de plus une autre analogue, quoique un peu plus petite et ayant la même évolution que la première, à la partie latérale gauche du cou.

Nous avouons que ces caractères si spéciaux de fixité de ces deux lésions, de recrudescence au moment des règles, nous mirent dans un assez grand embarras. Nous ne connaissions pas d'érythème aussi fixe que celui-là, soumis à des récidives aussi nettement périodiques, affectant d'une manière aussi précise toujours les mêmes localisations, et se caractérisant par aussi peu d'éléments éruptifs. Nous portâmes le diagnostic d'érythème polymorphe — pour dire quelque chose, — et nous fîmes une prescription des plus minutieuses, mais hélas ! des plus inutiles.

L'éruption continua en effet à se reproduire avec la même régularité, et sembla même augmenter peu à peu d'intensité en ce sens que les plaques étaient peut-être plus rouges et plus infiltrées.

Ce qui contribua encore à éveiller notre curiosité, c'est que, peu après

avoir vu cette première malade, nous fûmes consulté par une jeune fille qui voyait de temps en temps se produire une lésion analogue aux précédentes à la face dorsale de la main droite : cette plaque érythémateuse laissait après elle une pigmentation brunâtre qui ne disparaissait jamais complètement dans l'intervalle des poussées, et c'était surtout pour cette « marque brune » que cette personne venait réclamer nos soins.

Nous étions donc à chercher ce que pouvaient bien être ces érythèmes bizarres, lorsque notre première malade revint nous voir pour une nouvelle poussée survenue, celle-ci, dans l'intervalle des règles. Elle était complètement démoralisée. C'était tellement extraordinaire que nous nous livrâmes ce jour-là à une enquête des plus sérieuses, et nous découvrimes enfin que, la veille du jour où la poussée nouvelle avait eu lieu, la malade avait pris de l'antipyrine pour une migraine. Ce fut pour nous un trait de lumière ; nous apprîmes effectivement qu'aux approches de ses règles elle prenait toujours de l'antipyrine pour calmer les douleurs intenses qu'elle éprouvait dans le bas-ventre, et que l'éruption survenait toujours après qu'elle avait commencé à prendre ce médicament.

Aussi, depuis lors, n'avons-nous pas hésité, en présence d'autres faits analogues, à les rattacher d'emblée à l'antipyrine, et l'enquête ultérieure nous a toujours donné raison.

Nous nous contenterons, pour le prouver, de citer les deux cas suivants :

En décembre 1893, nous fûmes consulté par une dame âgée d'une cinquantaine d'années, atteinte, depuis six mois environ, d'une éruption cutanée constituée par des plaques peu nombreuses situées au bras gauche, à l'épaule gauche, à la région lombaire ; elles étaient ovalaires, assez bien limitées, d'un rouge bistre surtout vers les bords, pigmentées au centre. La plus remarquable de beaucoup était celle de la région lombaire. Son grand diamètre transversal était d'environ 8 centim., son petit diamètre vertical de 5 centim. Sa surface était un peu inégale et légèrement mamelonnée, sa teinte générale était d'un brun presque noirâtre surtout marquée au centre, un peu plus claire vers les bords ; sur ce fond pigmenté se voyait une teinte érythémateuse d'un rouge assez vif vers la périphérie. Les téguments étaient fort épaissis et infiltrés ; la pression n'était pas douloureuse, mais la plaque était, aux périodes d'activité de la lésion, le siège de cuissons assez accentuées. L'affection évoluait par sortes de poussées irrégulières, pendant lesquelles les plaques se tuméfiaient, devenaient rouges, cuisantes, parfois même l'épiderme se soulevait, et il se formait des phlyctènes ; puis peu à peu ces symptômes se dissipaient, et il restait des plaques brunâtres qui desquamaient pendant un certain temps. Un médecin consulté avait parlé de sarcomes de la

peau, ce qui avait fort effrayé la malade. Dès le premier coup d'œil, nous reconnûmes les lésions érythémato-pigmentées fixes de l'antipyrine et nous demandâmes immédiatement à cette dame si elle avait employé ce médicament; elle nous répondit que jamais elle n'en avait pris. Mais elle finit par nous avouer que, comme autre médicament, elle prenait assez fréquemment de l'analgésine. En rassemblant ses souvenirs, elle finit par établir d'une manière précise que les poussées érythémateuses qui se faisaient vers les plaques éruptives coïncidaient avec l'administration de cette substance.

En janvier 1894, nous fûmes consulté, à notre policlinique de La Rochefoucauld, par un homme bien constitué de 30 ans, électricien, sur lequel notre excellent ami M. le Dr Gaudin nous a remis les notes suivantes. Comme seuls antécédents morbides, il a eu de l'ictère pendant qu'il faisait son service militaire; il souffre parfois de douleurs sourdes dans la région du foie et ses digestions sont assez lentes. Il est sujet à de fortes migraines pour lesquelles il prend depuis dix-huit mois de l'antipyrine, à la dose moyenne d'un gramme par jour.

Il y a environ plusieurs mois, il s'est tout à coup aperçu, un matin, de l'existence de grosses plaques brunâtres, d'aspect pigmenté, sur les flancs, le dos, les bras, et de quelques petites taches d'un rouge brunâtre sur la face et le dos des mains. D'après lui, ces taches se seraient produites brusquement, l'une d'elles au bras aurait légèrement suinté, puis peu à peu elles ont diminué d'intensité comme coloration, ont un peu desquamé, mais en réalité elles ont persisté.

Lorsque le malade est venu nous voir à La Rochefoucauld, nous avons effectivement constaté en divers points du corps, vers la ceinture, en arrière et à droite en avant, vers la clavicule droite, à la partie postérieure de l'avant-bras gauche, de larges taches ovalaires assez régulières de forme et de contour, ne présentant aucune symétrie, ni aucune relation entre elles, assez fortement pigmentées, d'un brun presque noirâtre, les plus grandes un peu moins foncées vers le centre que vers les bords, mais offrant de plus une teinte érythémateuse d'un rouge brunâtre assez accentuée vers les bords. La peau était légèrement infiltrée à leur niveau, mais souple et mobile sur les parties profondes; elles n'étaient nullement douloureuses. A la face et aux mains, il y avait des macules plus petites. Le malade ne savait à quoi les attribuer. Nous reconnûmes immédiatement une éruption d'antipyrine, et le malade confirma tout de suite ce diagnostic par les renseignements qu'il nous donna.

Trois heures en effet après qu'il a pris de l'antipyrine, il éprouve quelques démangeaisons ou plutôt une sensation d'effervescence et de cuisson du côté de la figure et des mains, et dès le lendemain, ces deux régions présentent des macules lenticulaires rouges qui peu à peu pâlissent et deviennent franchement pigmentées : les plaques du

corps subissent en même temps une poussée, et prennent une teinte érythémateuse surtout marquée vers les bords.

Lorsque le malade s'est aperçu pour la première fois de cette éruption cutanée, il a eu des plaques érythémato-pigmentées au scrotum qui lui ont causé d'assez vives démangeaisons, et il a remarqué à la voûte palatine une lésion de la grandeur de l'ongle, rouge vif, assez irrégulière, formant plutôt une dépression consécutive à une petite phlyctène, qui s'est rompue et qui s'est peu à peu cicatrisée en quinze jours. Les petites taches de la figure et des mains mettent de trois à quatre semaines pour disparaître ; quant aux grandes plaques du corps, il est probable qu'elles ont toujours persisté depuis le début, car elles ont été entretenues par des éruptions successives entre lesquelles elles n'ont pas eu le temps de disparaître.

Pour affirmer notre diagnostic, nous avons engagé le malade à faire une expérience et à prendre de nouveau de l'antipyrine. Notre attente n'a pas été trompée, et toutes les grandes plaques du corps ont pris dès le lendemain une teinte érythémateuse assez vive.

Nous n'avons pas l'intention de faire aujourd'hui une description détaillée de ces curieuses éruptions : nous voulons simplement appeler l'attention des observateurs sur des faits analogues. Nous croyons bien que l'on en a déjà observé. C'est ainsi que le cas du Dr Laloy s'en rapproche singulièrement par la fixité des éruptions, qui se reproduisaient toujours aux mêmes points. M. le Dr Lemonnier a vu persister de la pigmentation à la nuque sur une plaque d'une étendue d'une pièce d'un franc environ plusieurs mois après le début d'une éruption d'antipyrine. Le Dr Claremont a signalé des pigmentations jaunâtres après la disparition de plaques érythémateuses infiltrées causées par le médicament. Dans le cas de Petrini, ces pigmentations ont été consécutives à une éruption pemphigoïde. Mais nous n'avons pas, dans nos recherches bibliographiques forcément un peu incomplètes, trouvé de cas exactement semblables à ceux que nous venons de résumer : nous serions heureux de voir compléter l'historique de cette question.

Nous insisterons donc tout particulièrement sur la circonscription et le nombre relativement minime des manifestations cutanées, sur leur persistance, sur leur pigmentation, sur cette curieuse tendance qu'elles ont à se reproduire toujours aux mêmes endroits, fait déjà signalé par quelques auteurs (Laloy, H. Fournier, Gourin, etc...) pour les éruptions de l'antipyrine.

Cette dernière particularité s'observe d'ailleurs dans d'autres dermatoses, mais d'ordinaire en des régions assez spéciales, telles que les oreilles, les paupières, les organes génitaux, les grands plis articulaires, etc... Ici, au contraire, c'est en des points quelconques du corps que se font ces localisations.

Les éruptions dont nous venons de parler sont, en somme, assez voisines des éruptions bulleuses de l'antipyrine, éruptions des plus rares, comme on le sait (Veiel, Petrini, Blomfield, etc...). Nous avons dans notre clientèle un jeune homme de 23 ans qui ne peut prendre de l'antipyrine sans voir immédiatement survenir une éruption érythémateuse et bulleuse avec œdème des plus accentués du prépuce, du fourreau de la verge, parfois du scrotum et des deux poignets. Les localisations sont invariablement les mêmes, tout comme pour les éruptions érythémato-pigmentées.

En résumé, l'antipyrine peut donner lieu à des éruptions caractérisées par quelques placards arrondis ou plutôt ovalaires, atteignant parfois d'assez grandes dimensions, jusqu'à 8 centim. de diamètre dans leur grand axe, isolés les uns des autres, et siégeant çà et là sur le corps sans aucune symétrie : ils sont d'ordinaire peu nombreux. Ils sont d'abord d'un rouge bistre, ne s'accompagnent que de sensations de cuisson ou de tension, rarement de prurit, puis ils deviennent tout à fait indolents; la rougeur disparaît peu à peu, et il persiste une teinte brunâtre plus ou moins foncée, pouvant aller jusqu'au noir après plusieurs poussées successives; parfois, ils se phlycténisent et se rapprochent alors des éruptions bulleuses déjà décrites; presque toujours ils sont le siège d'une desquamation lamelleuse lorsque la teinte érythémateuse a disparu. Leurs bords sont assez nettement arrêtés; ils s'accompagnent parfois d'une tuméfaction accentuée des téguments qui paraissent épaissis, mais qui sont toujours mobiles sur les parties profondes. A mesure que l'on s'éloigne de l'époque du début, la pigmentation tend à s'effacer, et sur les petites plaques elle disparaît même assez vite au bout de deux ou trois semaines, surtout si le malade ne prend plus d'antipyrine; mais, au niveau des grandes plaques, elle a de la tendance à persister plus longtemps, et si, par malheur, le sujet reprend du médicament, il se produit une nouvelle poussée érythémateuse et congestive du côté de ces plaques anciennes, qui redeviennent rouges et dont la pigmentation semble s'accroître. Ce sont donc, en somme, des éruptions remarquables par leur circonscription, par leur pigmentation et par leur fixité.

M. Du Castel. — Il me souvient d'un goutteux qui avait pris pendant longtemps de l'antipyrine sans accidents; un beau jour, ce médicament provoqua sur le gland et sur la paupière gauche l'apparition d'une tache érythémateuse, sans pigmentation. Six mois plus tard, nouvelle absorption d'antipyrine, nouvelle éruption aux mêmes points. Enfin, deux mois après, sur l'administration prescrite par moi-même d'une cuillerée *à café* de la solution d'antipyrine de Clin, troisième récidive au même lieu et avec les mêmes caractères.

M. Brocq. — La *fixité* est bien, en effet, l'un des caractères importants de l'éruption que je viens de signaler, mais le même fait existe pour

des éruptions d'autre origine et d'autre nature ; ce qui me paraît typique et spécial à l'antipyrine, c'est l'ensemble que voici : plaques érythémateuses, pigmentées et fixes.

M. P. Raymond. — La malade de M. Brocq a-t-elle vu ses éruptions menstruelles disparaître en cessant l'antipyrine ? Il existe des éruptions érythémateuses semblables qui ne reconnaissent d'autre cause que la menstruation, sans qu'aucun médicament intervienne. Elles apparaissent et cessent avec les règles, laissant parfois de la pigmentation.

M. Brocq. — Ma malade a été perdue de vue et je ne sais si elle a continué de prendre de l'antipyrine.

M. Jullien. — J'observe depuis deux ans un malade qui, de temps à autre, présente une éruption absolument analogue à celle que vient de décrire M. Brocq. Or c'est un syphilitique. A-t-il jamais pris de l'antipyrine ? Je l'ignore et m'en informerai.

Tuberculose linguale et palatine.

Par M. du Castel.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — En 1874, soigné au Midi pour un chancre simple. (La syphilis peut être écartée en toute certitude.)

En 1892, il ressentit pendant un mois de violentes douleurs dans l'oreille gauche ; celles-ci disparurent peu à peu, mais laissèrent derrière elles une gêne très pénible de la déglutition. Le malade ne consulta aucun médecin à ce moment et ne donne que des renseignements très incomplets sur toute cette période du début de sa maladie. Il prétend qu'il n'existait alors, malgré les douleurs et la gêne, aucune altération visible de la gorge. Cependant, au bout de quelques semaines, il aperçut une perforation de la voûte palatine, siégeant sur la ligne médiane, au niveau de l'insertion du voile du palais sur la voûte osseuse. Peu de temps après, il remarqua sur le bord gauche de la langue, tout près de la pointe, une petite tumeur dure, non ulcérée, dont l'apparition suivit de près, d'après lui, une brûlure qu'il s'était faite à ce niveau en fumant avec une pipe trop courte. Rapidement toute la langue se tuméfia au point de remplir complètement la cavité buccale et de rendre impossible la mastication et l'articulation des mots. Il alla alors consulter à la Pitié ; on lui dit qu'il était syphilitique et on le soumit au traitement mixte : le mal ne fit qu'empirer. Il vint alors consulter à Saint-Louis, où, dit-il, le médecin qui le vit ne se prononça pas sur son cas et l'adressa à M. Berger (de Lariboisière). Celui-ci excisa la tumeur, en fit l'examen, et conseilla ensuite l'amputation totale de la langue.

Le malade refusa de se laisser opérer et se rendit à la Charité dans le service de M. Luys, où on fit le diagnostic de tuberculose linguale ; on lui fit prendre de la créosote et de la glycérine, on lui fit des badigeonnages

à l'acide lactique. Au bout de quelques semaines, l'amélioration était considérable.

A sa rentrée dans le service, la langue était dure, scléreuse, parcourue d'arrière en avant par un profond sillon qui la divisait en deux parties à peu près égales et se terminait à 3 centim. environ de la pointe. En avant de ce sillon, existait une ulcération peu profonde, à contours sinueux, dont le fond irrégulier était semé de petits points jaunes et qui saignait facilement. Au voisinage de cette ulcération, existaient deux ou trois petits nodules jaunâtres, saillants, de la grosseur d'une tête d'épingle. L'ensemble de ces lésions évoquait l'idée d'un cas de tuberculose linguale. Ce diagnostic se trouva confirmé par l'examen de la voûte palatine et de la gorge : tout le voile du palais et toute la voûte étaient tuméfiés, d'un rouge vineux, à surface irrégulière, mamelonnée, avec une perforation centrale ; sur la face interne de l'arcade dentaire supérieure droite, il existait deux ulcérations de couleur gris jaunâtre, contiguës, de la grosseur d'une pièce de 20 centimes, avec semis de granulations jaunes à la périphérie.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, surtout à gauche, mais peu volumineux.

L'examen de la poitrine ne révèle aucune trace de tuberculose pulmonaire. Le malade ne tousse ni ne crache jamais.

L'état général est très satisfaisant. Le malade ne se plaint que de quelques troubles fonctionnels, consistant en une gêne douloureuse de la mastication et de l'articulation des mots.

Le traitement institué fut le suivant :

Capsules de créosote de 10 centigr., 6 par jour ; huile de foie de morue ; badigeonnages à la cocaïne avant chaque repas.

Depuis trois semaines qu'il est soumis à ce traitement, il s'est produit une amélioration assez notable ; la langue est peu modifiée ; mais les ulcérations de l'arcade dentaire sont beaucoup moins étendues.

(Observation recueillie par M. Sergent, interne du service).

L'intérêt que ce malade me semble présenter réside surtout dans l'infiltration considérable de la langue au-dessous des ulcérations, infiltration qui lui donne un aspect syphiloïde, et dans la végétation du palais et du voile du palais, qui ont des aspects de lupus.

M. A. Fournier. — Je crois également à la tuberculose, malgré l'hypertrophie de la moitié gauche de la langue, car la tuberculose ne produit généralement pas *tumeur*. Toutefois j'ai vu un malade, très analogue à celui de M. Du Castel, que le traitement spécifique ne put améliorer et à qui je découvris plus tard des lésions pulmonaires. Il existe donc une forme peu commune encore de glossite tuberculeuse en *tumeur*.

M. Hallopeau. — L'examen histologique et bactériologique me paraît nécessaire pour trancher la question. La résistance au traitement ne saurait suffire, le syphilome lingual étant d'ordinaire très rebelle.

M. Thibierge. — Ce malade a été autrefois dans mon service, et après

biopsie, le diagnostic *d'épithéliome* fut porté. Ce n'est pas la première fois que se voit une erreur de ce genre ; il me souvient d'un malade à propos duquel M. Malassez fit le diagnostic d'épithéliome lors d'un premier examen, puis celui de *tuberculose* après un nouvel examen portant sur un fragment plus volumineux de la néoplasie.

M. du Castel. — Je ne puis croire à un épithéliome en raison des lésions de la voûte palatine.

M. Thibierge. — Quand j'ai vu le malade, ces lésions palatines n'existaient pas et de plus la langue était plus volumineuse, plus turgide et de coloration plus foncée.

M. Jullien. — Le traitement n'a pas été suffisamment poussé pour qu'on soit en droit d'exclure la syphilis tant que l'on n'aura pas trouvé de bacilles.

M. E. Besnier. — Ce cas est cliniquement très difficile : l'apparence est incontestablement syphiloïde : or les hémisyphilomes sont fréquents et rares les hémituberculomes. D'autre part, je note l'absence des signes fonctionnels ordinaires aux tuberculoses buccales proprement dites, que je ne confonds pas avec les *luposes :* la salivation, la douleur.

Donc si l'origine tuberculeuse est ultérieurement confirmée, il faudra reconnaître qu'il s'agit là d'une lésion particulière, lupomateuse, ce qui permettrait de comprendre l'absence ou la rareté des bacilles.

M. Du Castel. — La salivation et la douleur ont existé à une période antérieure.

Tumeur du pied. Fibro-lipome ?

Par M. du Castel.

Le malade est un jeune homme, qui a vu se développer, depuis sept mois, sur la partie interne et supérieure du pied, une tumeur indolente qui a atteint aujourd'hui le volume du poing. Cette tumeur est de forme générale ovoïde; elle siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, est indépendante des tissus profonds ; elle adhère au derme dans un point très limité ; la plus grande partie de la tumeur est composée de grains durs, quelques-uns d'une dureté véritablement chondroïde, du volume d'une grosse groseille ; cependant, à la partie inférieure, on trouve un nodule du volume d'un gros œuf de pigeon où l'on constate très nettement une fausse fluctuation ; une ponction a été faite et il n'a été retiré aucun liquide. La tumeur est absolument indolente. En présence de ces différents caractères, je suis porté à admettre le diagnostic de lipome lobulé avec transformation fibreuse très accusée dans un certain nombre de points.

Chancres mous multiples. Chancre mou du doigt simulant un panaris.

Par le Dr Gastou.

Le malade, dont l'histoire suit, présente deux particularités intéressantes au point de vue du diagnostic du chancre mou.

1° L'aspect d'un chancre du doigt simulant un panaris ;

2° La faible intensité des adénites symptomatiques des chancres.

C..., bourrelier, couché au n° 7 de la salle Saint-Louis, entré le 17 février 1894, est âgé de 47 ans.

Il est venu à la consultation pour une ulcération suppurative de la face palmaire de la phalange de l'index droit, diagnostiquée en ville : panaris.

Cette ulcération était circulaire, de la dimension d'une pièce d'un franc, à bords saillants, à pic, décollés, non indurés.

Le fond était recouvert de pus grisâtre, abondant ; après nettoyage, il était constitué par des bourgeons irréguliers, saillants, rouge vif, saignants et douloureux au moindre contact.

Cette ulcération s'était développée au niveau d'une coupure de canif et avait atteint, en quinze jours, les dimensions qu'elle présentait le 15 février. Elle s'accompagnait d'une induration et d'un gonflement très peu marqué du ganglion épitrochléen et des ganglions de l'aisselle.

M. le professeur Fournier fit le diagnostic de chancre mou du doigt.

L'examen du malade fit en effet découvrir une ulcération profonde de la rainure balano-préputiale, ayant tous les caractères d'un chancre mou et s'accompagnant d'adénite inguinale à peine marquée.

Ce chancre génital existait depuis une semaine au moment de la coupure.

Il existait en outre à la racine de la cuisse gauche une lésion ayant tous les caractères des chancres d'inoculation qui s'était développée postérieurement au chancre de la verge.

Le malade fut reçu dans le service. Des inoculations du pus, des ulcérations du doigt et de la verge furent faites et le développement de chancres mous expérimentaux confirma le diagnostic de chancres mous du doigt et de la verge.

M. E. Besnier. — Y a-t-il eu, dans ce cas, à l'épitrochlée, l'adénopathie ordinaire aux chancres mous ?

M. A. Fournier. — Il n'y a eu qu'un peu de tuméfaction. Le diagnostic a été fixé par l'aspect même de la lésion, malgré la ressemblance très étroite avec le panaris. Tel avait été d'ailleurs notre première impression, c'est l'*inoculation* qui nous a tiré d'erreur.

M. E. Besnier. — Le chancre infectant du doigt peut aussi simuler le panaris.

M. Balzer. — Je vois assez fréquemment au Midi des chancres simples digitaux. J'ai employé, avec M. Souplet, le mode de traitement que voici : on recouvre l'ulcère de la préparation suivante avec laquelle on imbibe une lanière de tarlatane :

Chlorure de zinc	1 gramme.
Oxyde de zinc	10 —
Eau	Q. S.

On fait en roulant cette lanière autour du doigt un appareil annulaire semblable à un appareil plâtré, et l'on renvoie le malade, qui peut ainsi continuer son travail. On enlève l'appareil au bout de quelques jours, quitte à le renouveler si besoin est. Mais cela est souvent inutile.

M. Jullien. — Je me rappelle avoir vu à l'Antiquaille un chancre mou de la paume de la main ; c'était un petit ulcère érythémateux, qui fut suivi d'un bubon à l'aisselle. Le pus de l'ulcère inoculé à un chat produisit des chancres mous typiques.

Nævi multiples de la bouche et de la langue.

Par M. Mendel.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un homme de 58 ans, atteint de nævi multiples de la langue. Le début de l'affection est tout à fait indéterminé : le malade n'en a jamais souffert, et ne s'est point aperçu de l'apparition des curieuses lésions linguales qu'il présente.

Ce qui frappe, au premier abord, lorsqu'on regarde notre malade, c'est la coloration bleu foncé que présente sa lèvre inférieure, plus particulièrement dans sa moitié gauche; à tel point que, dans la commissure de ce côté, la lésion s'est condensée en deux petites tumeurs grosses comme des pois et également de couleur bleu foncé. La face interne de la joue gauche est encore le siège de trois ou quatre tumeurs bleues, dont le volume varie d'un pois à une grosse noisette.

Le côté gauche est le siège d'une véritable prédominance, car la moitié droite de la lèvre inférieure et la face interne de la joue droite ne présentent comme lésions que quelques varicosités bleues.

Mais le maximum de l'affection a pour siège la langue, et seulement la moitié gauche de cet organe. De plus, les tumeurs bleues sont toutes situées en avant du V lingual; la base de la langue, le larynx sont indemnes.

Le dos de la langue porte, dans la partie gauche de son tiers antérieur, une tumeur arrondie, du diamètre d'une pièce de 2 francs, résistante et comme bosselée. Cette tumeur est flanquée, à gauche et en arrière, de quatre à cinq tumeurs plus petites.

Sur le bord gauche de la langue, on remarque une succession de

trois à quatre nodosités, — possédant toujours les mêmes caractères, — et grosses comme de petites noisettes.

Le frein est occupé par une tumeur bleue, framboisée, grosse comme une petite noix, et surmontée d'une nodosité analogue, mais plus petite.

Le bord droit de la langue, de même que la face interne de la joue du même côté, présente des veinosités très apparentes.

Ces tumeurs, de par leur couleur, leur consistance et la présence simultanée de varicosités nettes, rentrent dans le groupe des néoplasmes appelés par Maisonneuve : *tumeurs érectiles veineuses*.

Elles sont constituées, d'après Billroth, par un tissu réticulé blanc, dense et résistant, circonscrivant des vacuoles qui ne renferment que du sang, mais parfois des concrétions dites phlébolithes. La paroi des vacuoles est tapissée par des cellules fusiformes (analogues à celles qui constituent l'endothélium veineux).

Ces tumeurs sont quelquefois congénitales ; d'autres fois, elles se développent dans un âge avancé. Elles sont assez rares. Elles s'accompagnent parfois d'autres affections veineuses, telles que hémorrhoïdes, varicocèle, etc. ; il n'existe rien de semblable chez notre malade.

Deux cas de xanthome juvénile familial.

Par M. Georges Thibierge.

Les deux malades que j'ai l'honneur de présenter à la Société sont atteints d'une forme, bien déterminée actuellement, de xanthome, à laquelle convient le nom de xanthome juvénile. Les faits de ce genre ne sont cependant pas tellement fréquents que leur histoire ne mérite d'être relatée. De plus, l'observation de ces deux malades tire un intérêt particulier de ce fait qu'il s'agit de deux frères.

L'un de ces malades, le plus jeune, s'est présenté il y a un mois à l'hôpital Saint-Louis dans le service de mon maître, M. le Dr Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer. Il venait demander à être débarrassé d'une acné pustuleuse ; en l'examinant, nous avons constaté la présence de tumeurs xanthomateuses et, en l'interrogeant sur les antécédents, j'ai appris qu'un de ses frères, également atteint d'acné, était porteur de lésions sur lesquelles il ne pouvait donner de renseignements suffisants, et que j'ai reconnues ultérieurement être de nature xanthomateuse. Voici l'observation de ces deux malades, dont je regrette de n'avoir pu poursuivre plus loin l'enquête familiale, qui m'aurait peut-être mis sur la trace d'autres cas semblables.

Les frères G... sont d'origine russe ; ils sont nés au Pérou.

Leurs parents, bien portants, vivent en Bolivie ; ils ne les ont pas vus depuis longtemps.

Les frères G... ne connaissent dans leur famille aucun cas de maladie semblable ; mais ces renseignements ne sont peut-être pas très probants, car lorsque le plus jeune s'est présenté pour la première fois à l'hôpital, il n'avait que des notions très vagues sur la maladie de son frère et ne soupçonnait pas l'étendue des lésions dont il est porteur. Il n'est pas à leur connaissance qu'aucun de leurs parents soit atteint de diabète ou ait été atteint d'ictère.

Ils ont un frère, âgé de 20 ans et habitant Paris, qui, paraît-il, n'est atteint d'aucune lésion de la peau.

L'aîné, Enrique, âgé de 23 ans, employé de commerce, est atteint d'acné pustuleuse ; il n'a jamais eu d'ictère ni fait aucune maladie sérieuse.

Les lésions xanthomateuses ont débuté sur les coudes et les genoux vers l'âge de 8 ou 9 ans et, depuis lors, ont constamment progressé.

Actuellement, on voit sur la partie postérieure des deux coudes, disposés symétriquement, de larges placards saillants de 1 centimètre environ, un peu irréguliers à leur surface, de coloration générale rouge légèrement violacée avec une série de nodules jaunes ; par la pression, la teinte rouge disparaît et tout le placard prend une coloration jaune.

Sur le dos des mains, se voient des nodosités arrondies occupant la partie la plus saillante des articulations métacarpo-phalangiennes de l'annulaire, du médius et de l'auriculaire et le dos de la main, au-dessus de ces articulations. Ces nodosités, plus développées à droite qu'à gauche, ne s'accompagnent d'aucun changement de coloration des téguments et sont en rapport avec les tendons extenseurs.

En outre, on trouve, sur les deuxième et quatrième commissures interdigitales du côté gauche, des nodosités jaune soufre et, sur la première commissure interdigitale du côté droit, une autre nodosité plus volumineuse, que le malade a en partie détruite par des cautérisations à l'acide nitrique.

Il n'y a aucune lésion à la paume des mains, en particulier au niveau de ses sillons.

Au niveau de la partie antérieure et inférieure des genoux et à la partie interne du genou gauche, on voit des éléments jaunes isolés du volume d'une grosse lentille.

Sur les fesses, on voit une série de nodosités jaunes, du volume d'un petit pois.

A la partie postérieure des cous-de-pied, plusieurs nodosités jaunes pâles, du volume d'un petit flageolet, disposées sur le trajet du tendon d'Achille auquel elles semblent unies.

A la nuque, du côté droit, on voit une saillie légèrement acuminée, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, recouverte de peau normale, qui prend par la pression une coloration jaune et, du côté gauche, au point symétrique, une lésion analogue moins volumineuse.

Le tégument dans son ensemble ne présente aucune modification de sa coloration.

Le plus jeune de nos deux malades, Georges, âgé de 18 ans, employé de commerce, n'a jamais fait aucune maladie sérieuse, n'a jamais eu d'ictère ; il est atteint d'acné pustuleuse plus intense que son frère.

Les lésions xanthomateuses, beaucoup moins développées que chez son frère, ont apparu à l'âge de 14 ans sur les coudes et se sont accrues progressivement sans déterminer aucune douleur ni aucune gêne ; depuis deux ans, les lésions des coudes semblent à peu près stationnaires et c'est depuis cette époque que sont apparues les lésions de la fesse gauche.

Actuellement, on voit, sur la partie la plus saillante de chacun des coudes, en arrière, un placard disposé symétriquement, mesurant à gauche 3 à 4 centimètres et un peu plus large à droite ; ces placards, saillants de 3 à 4 millimètres, à contours un peu irréguliers, offrent à leur partie centrale une coloration rouge violacée avec des dilatations vasculaires nombreuses ; cette coloration, sous l'influence d'une pression modérée, devient jaune pour faire place à la coloration normale de la peau lorsqu'on augmente la pression. Ces masses, irrégulièrement lobulées, sont constituées par des nodules du volume d'un grain de riz, dont la coloration, jaune de chrome clair, se voit nettement à la périphérie de la plaque sans y exercer de pression.

Il n'y a pas d'autres lésions des membres supérieurs, en particulier à la paume des mains. On remarque seulement, à la partie interne de l'articulation phalango-phalangienne des deux annulaires, une tuméfaction de consistance osseuse, qui semble remonter à la naissance et qui ne peut être considérée comme de nature xanthomateuse.

Sur la fesse gauche, on constate huit petites taches légèrement saillantes, de coloration jaune rappelant celle de la girole ; ces taches ont environ la dimension d'une pièce de 20 centimes ; leur contour est irrégulier ; à leur surface, on remarque une exagération manifeste des sillons épidermiques normaux avec persistance des poils ; à leur partie centrale et dans une étendue variable, la coloration jaune est remplacée par une coloration violacée pâle qui disparaît par la pression ; ces portions violacées sont déprimées par rapport à la zone jaune périphérique. Cinq de ces taches sont tangentes les unes aux autres et disposées en couronne.

Aucune lésion sur la fesse droite.

Sur le genou gauche, au niveau de la rotule gauche, quatre éléments analogues à ceux de la fesse gauche, mais un peu plus larges ; deux d'entre eux sont allongés verticalement et ont les dimensions d'un flageolet ; leur coloration est également jaune girole à la périphérie, violacée à la partie centrale ; sur les parties jaunes, on voit de nombreuses petites dilatations vasculaires.

Aucune lésion sur le genou droit.

Au niveau de la partie inférieure du tendon d'Achille et du calcanéum, à gauche, on constate une tuméfaction faisant corps avec eux, remontant à trois ans au minimum, et dont il est difficile de préciser la nature.

L'examen des urines de ce malade, pratiqué par M. Milliet, interne en pharmacie du service, a donné les résultats suivants :

Couleur jaune paille ; aspect transparent ; dépôt peu abondant ; consistance fluide et filtration facile, densité = 1021,7 ; réaction franchement acide ; pas de mucine ; pas d'albumine ; pas de sucre ; pas d'urobiline (cette substance a été recherchée par l'examen chimique, au moyen du chlorure de zinc et de l'ammoniaque, et au moyen du spectroscope).

Le fait du développement familial du xanthome juvénile n'est pas inconnu : M. Török, dans son mémoire sur la nature des xanthomes (*Annales de dermatologie*, novembre et décembre 1893, p. 1109 et 1261, et janvier 1894, p. 50), signale, sur 30 observations de xanthome juvénile, 8 cas de xanthôme juvénile développés chez les membres de quatre familles (observations de Startin, de St. Mackenzie, de Poengsen, de Ehrmann), sans compterles cas de Eichhoff, de Hyde et de Köbner, dans lesquels des sujets atteints de xanthome junévile avaient des ascendants porteurs de xanthome des paupières.

Je serais très porté à croire que, si on examinait avec soin les frères et sœurs des sujets atteints de xanthome junévile, le nombre des cas familiaux augmenterait encore : à preuve l'ignorance à peu près complète dans laquelle le plus jeune de mes malades était de l'existence de cette affection chez son frère aîné.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que le développement familial du xanthome vient à l'appui, tout au moins pour la forme junévile, de l'origine embryonnaire de cette affection, opinion déjà émise par Touton et par Köbner et que M. Hallopeau a récemment développée avec talent (*Annales de dermatologie*, août 1893, p. 935), en insistant sur ses analogies avec le nævus.

En terminant, je demanderai aux membres de la Société leur avis au sujet du traitement à instituer chez ces deux malades : les lésions sont trop étendues, trop multipliées, quelques-unes trop profondément situées pour pouvoir être attaquées directement par les caustiques ou par l'instrument tranchant, et je serais heureux de provoquer la proposition d'un moyen thérapeutique qui permît, sinon de guérir les lésions actuelles, tout au moins d'entraver l'évolution d'une maladie manifestement en voie de progression.

Syphilis héréditaire des fosses nasales.

Par M. Mendel.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune fille de 15 ans, qui souffre, depuis huit ans, d'une rhinite syphilitique héréditaire. Cette affection, fort intense, est parvenue aujourd'hui à un développement considérable; elle a complètement vidé les fosses nasales, qui ne représentent plus qu'un antre fétide.

Le père de cette petite malade paraît indemne de syphilis; sa mère, morte en couches il y a cinq ans, semblerait plus suspecte, mais on comprend combien cette investigation rétrospective présente de difficultés. Quoi qu'il en soit, notre malade est la quatrième enfant de ce mariage; ses trois aînés ont toujours joui d'une bonne santé. Le der-

nier enfant est venu avant terme, au bout de sept mois de grossesse, et est mort à l'âge de 8 jours.

Cette jeune fille n'a rien présenté de particulier jusqu'à l'âge de 5 ans. A ce moment, elle aurait eu mal aux yeux. C'est à l'âge de 7 ans qu'a débuté sa maladie nasale. A ce moment, le nez sembla devenir plus volumineux, et il s'établit un écoulement muco-purulent qui cessait pour récidiver bientôt. Perte complète de l'odorat.

Cet état se prolongea pendant trois ans sans modification. A l'âge de 10 ans, notre petite malade commença à éliminer de petits fragments osseux en se mouchant. Par ulcération sur place et par élimination incessante, l'état actuel s'est établi. D'autre part, elle a présenté récemment une hyperostose de l'extrémité inférieure du tibia droit : cette lésion est actuellement en voie de régression. Aujourd'hui, elle présente l'aspect suivant :

Le nez est effondré ; on aperçoit, au-dessous des os propres du nez, une dépression profonde causée par la rétraction cicatricielle des parties cartilagineuses. Par suite de cette déformation caractéristique, la pointe du nez se trouve rejetée en haut, et l'orifice des fosses nasales, qui regarde franchement en avant, a une forme triangulaire. La partie inférieure de cet orifice est largement ulcérée et bourgeonnante ; elle participe à une infiltration considérable qui envahit également la totalité de la lèvre supérieure.

L'examen des fosses nasales à l'aide du *speculum nàsi* est assez pénible pour la malade, en raison de l'infiltration et de l'ulcération des parties. Il permet cependant de constater que la cloison a totalement disparu et que les fosses nasales se sont fondues en une seule cavité. Cette cavité unique est tapissée par des croûtes épaisses, jaunâtres, qui recouvrent une muqueuse ulcérée et infiltrée par places. De temps en temps, on peut apercevoir un séquestre osseux que la pince peut saisir et extraire.

L'élargissement des cavités nasales permet au regard d'explorer la cavité rhino-pharyngée, également tapissée de croûtes.

La lésion n'a pas respecté le voile du palais, sur lequel on constate la présence d'une perforation allongée, longue de 3 à 4 centim. sur 1 centim. de longueur, et situé à moitié sur le palais osseux et à moitié sur le palais mou. Un stylet introduit dans cette perforation parvient dans la cavité rhino-pharyngée, où on l'aperçoit par l'orifice antérieur des fosses nasales.

Notre petite malade est soumise au traitement spécifique depuis un an et les progrès de sa maladie n'ont cependant pas cessé.

Bien plus, en raison des lésions du pharynx supérieur, l'orifice des trompes d'Eustache a été intéressé et son audition a beaucoup diminué Les tympans sont notablement enfoncés.

Érythrodermie exfoliante généralisée, de nature incertaine. Dermatite exfoliatrice secondaire probable. Cachexie avec purpura et gangrène superficielle de la peau et des muqueuses.

Par Louis Wickham.

Messieurs, le malade que je vais vous montrer est entré dans le service de M. le professeur Fournier il y a trois jours. C'est en raison de la gravité du cas et de son intérêt majeur que je me hâte de vous le présenter, bien que l'enquête soit encore incomplète et le diagnostic non encore élucidé. D'ailleurs l'observation sera dans la suite publiée en grands détails : c'est donc une simple exposition des faits que j'offre à la Société, en lui demandant son avis sur les conclusions que, jusqu'à nouvel ordre, nous avons cru pouvoir formuler, tout en nous réservant de modifier le diagnostic suivant les indications que pourront nous donner l'examen histologique et l'évolution ultérieure de la maladie.

Résumé de l'observation.

Coloration de la peau. — Érythrodermie généralisée et diffuse, mais d'intensité très variable suivant les points observés. Seuls une vingtaine de petits espaces de peau saine au côté droit du cou et près de l'épaule droite.

La coloration varie du jaune brunâtre au brun foncé, au rouge et au violet purpurique, elle n'est donc point rouge uniforme.

Épaississement de la peau. — La peau semble avoir son épaisseur normale sur un grand nombre de points. Peut-être est-elle un peu plus fine et légèrement atrophiée au niveau des doigts.

Sur les membres, principalement au bras, et sur quelques points du tronc, elle est nettement épaissie, formant en ces régions comme de petites tuméfactions dont les contours s'éteignent insensiblement dans le tissu voisin. Ces tuméfactions sont, par places, confluentes, et de la dimension d'une pièce d'un franc. Toutes ces lésions apparaissent diffuses au premier examen et ce n'est que peu à peu qu'on parvient à les dissocier.

Desquamation. — La desquamation existe partout; mais elle est peu abondante, et fine si on la considère dans son ensemble.

Mais, aux points où la peau est épaissie, aux faces palmaires et plantaires, aux cous-de-pied, elle est beaucoup plus épaisse et a une certaine tendance à se faire par lambeaux.

Exsudation. — La peau est sèche dans son ensemble. On observe un suintement très léger sur une dizaine de ces points épaissis de la peau dont nous avons parlé; de même le scrotum est un peu excorié.

Ongles, poils. — Les ongles sont décollés vers leur extrémité libre. Ils n'offrent que fort peu de striations. Les poils se sont un peu raréfiés.

Phénomènes subjectifs. — Il existe un prurit constant, léger, avec paroxysmes marqués, surtout pendant la nuit.

Le malade éprouve parfois des sensations de froid.

État général. — La cachexie est intense, très prononcée.

Il existe de l'œdème des membres inférieurs.

Fièvre vespérale, 38°,4 à 38°,7 environ.

La face est le siège, autour des yeux, du nez, de la bouche, de surfaces d'ulcérations. Par places, on constate, au centre des ulcérations, des lambeaux de sphacèle. Ce sont des gangrènes superficielles qui ont évolué depuis un mois. Toutes ces surfaces étaient recouvertes de pus et de croûtes impétigineuses, lorsque le malade est entré dans le service.

Les muqueuses labiales, buccales, palatines, linguales, sont le siège de surfaces saignantes, recouvertes de membranes blanches adhérentes.

L'haleine est fétide, et il s'écoule de la bouche un liquide ichoreux.

On reconnaît, à un examen attentif, que la coloration de la peau, due à l'inflammation, l'érythrodermie, se double d'une éruption de purpura, ce qui modifie beaucoup son aspect général. Par places même, le purpura semble seul en cause. Ainsi la peau du crâne, du front, quelques lambeaux de la face non ulcérés, sont nettement violets, purpuriques, et, au milieu des surfaces unies, violacées, se détachent de petits points presque noirs.

Au cou, à droite, même éruption purpurique. Celle-ci d'ailleurs se retrouve à un degré variable en tous points du corps.

Aux poignets, aux doigts, on découvre nettement au milieu de la rougeur générale de la peau des taches de purpura.

Ces faits sont l'expression d'une cachexie intense.

Les viscères n'offrent pas de lésions bien manifestes; il existe un point douloureux au côté droit dans la région hépatique, et les bases pulmonaires ont un peu de congestion passive.

Les ganglions sont partout engorgés.

L'ensemble de ces divers signes : érythrodermie, desquamation généralisée, avec cachexie, fièvre, gangrène, état grave, permettrait de penser soit au pityriasis rubra grave (type Hebra), soit à l'un quelconque des types voisins que l'on peut classer dans un groupe « pityriasis rubra », types constituant en quelque sorte la série morbide du pityriasis rubra et qui ont été désignés sous des noms divers, tels que : dermatite exfoliatrice généralisée primitive subaiguë ; dermatite exfoliatrice généralisée chronique, etc.

On est en droit de penser aussi aux grandes éruptions eczématiformes prémycosiques, à caractères pernicieux. (L'histologie non encore faite éclairera ce point.)

Il ne peut s'agir, d'après l'enquête, d'éruptions médicamenteuses, ni du pemphigus foliacé.

Jusqu'à nouvel ordre, certaines considérations tirées : 1° de *l'évolution morbide antérieure*, 2° *de certains caractères mêmes de l'éruption*, éloignent de la série des pityriasis rubra, et nous font penser à une dermatite exfoliatrice terminale secondaire à un eczéma, avec cachexie intense.

Évolution morbide antérieure, d'après le récit du malade même. — L'enquête nous apprend que le malade a été atteint de lésions absolument semblables, de 1877 à 1884. En 1877, éruption pour la première fois de petites taches rouges, démangeantes, sur les bras et les jambes. Ces taches étaient couvertes de vésicules, suintaient, puis se couvraient de croûtes ; plus tard, après la chute des croûtes, elles restaient sèches et étaient le siège d'une fine desquamation. Quelques plaques disparaissaient pendant que d'autres faisaient leur apparition. Jusqu'en 1879, ces taches ne dépassèrent pas les dimensions d'une pièce d'un franc. Puis elles augmentèrent peu à peu de nombre, d'étendue, et envahirent le tronc. Rien à la face. Le malade appliquait de la vaseline simple et prenait des bains d'amidon.

Jusqu'en janvier 1883, les lésions s'accrurent insensiblement. A cette époque, les plaques rouges suintantes, bien que très nombreuses, étaient encore séparées nettement par de nombreux points de peau saine, et le malade continuait de travailler. Brusquement, sans application préalable de substances irritantes, sans cause appréciable, l'éruption prit une grande intensité, et en huit jours, la peau entière, y compris celle de la face, était rouge, enflammée et couverte de squames. Dès lors, il n'y eut plus de suintement, et le malade prétend que son éruption ressemblait en tous points à l'éruption actuelle, moins les lésions buccales. Il y avait de la fièvre, un mauvais état général, et de la suppuration de la face.

Le malade entre en 1883, dans le service de M. Fournier, où le diagnostic porté fut celui de « dermatite exfoliatrice ». Vers le quatrième mois du traitement (oxyde de zinc, bains d'amidon, arsenic), les squames diminuèrent, et vers le huitième mois, le malade quitta le service, guéri, ne présentant plus qu'une coloration particulièrement foncée de la peau. Pendant son séjour hospitalier, il eut un abcès de l'index droit, suivi de la chute de l'ongle.

Un an après, cette coloration vineuse avait complètement disparu.

A la fin de l'année 1884, la guérison était ABSOLUE. Elle dura six ans, jusqu'en 1890.

C'est alors que les lésions reparurent, *identiques* à celles de 1877, et d'aspect et d'évolution. Même invasion lente par les bras et les jambes de plaques rouges, vésiculeuses, suintantes, peu croûteuses, etc. En 1893, extension au tronc. Et, brusquement, au commencement de janvier 1894, comme en 1883, invasion en huit jours, à tous les points du corps, la tête incluse. C'est en somme la répétition parfaite de ce qui eut lieu la première fois, avec un état cachectique qui semble plus grave, et des lésions buccales qui n'avaient pas existé en 1893.

L'histoire précédente montre donc : 1° une récidive après six années de parfaite santé ; 2° une guérison absolue à la suite de lésions intenses analogues aux lésions actuelles ; 3° une période prodromique (pré-érythrodermique généralisée), de six ans lors de la première poussée, de quatre ans lors de la seconde ; 4° une extension lente et progressive ; 5° des éléments primitifs dont la description rappelle assez bien l'eczéma.

Ce sont là des éléments de diagnostic de valeur. Ceux tirés des

caractères mêmes des lésions actuelles viennent appuyer encore l'opinion que nous avons émise :

1° On ne peut dire que tous les points de la peau soient malades ; — nous avons signalé en effet au côté droit du cou toute une série de petites surfaces de peau saine ;

2° La desquamation, bien que très fine en général, ne l'est pas toujours ; il se détache parfois de vrais lambeaux ;

3° La sécheresse n'est pas absolue ; il existe quelques excoriations avec suintement ;

4° Sur les bras et les jambes, les points tuméfiés, épaissis, sont plus nettement exfoliants ; c'est à leur niveau qu'existent les quelques excoriations persistantes.

5° La fièvre est peu accentuée et s'explique aisément par la suppuration et la gangrène faciale et buccale ;

6° Les ongles sont très peu endommagés, et les poils sont indemnes.

Toutes ces considérations réunies nous ont permis de conclure à la dermatite exfoliatrice consécutive à un eczéma ; lésion décrite par Bazin sous le nom d'herpétide secondaire maligne.

Ces éruptions peuvent apparaître comme période ultime terminale de l'eczéma, du psoriasis, du lichen ruber, du pemphigus, du pityriasis rubra pilaris. Ici l'eczéma serait en cause. Ce serait un eczéma ayant abouti à la dermatite exfoliatrice, avec complication (du fait de la cachexie intense) d'une éruption purpurique, en nappes et en points isolés, et de gangrènes superficielles cutanées et buccales.

M. Brocq. — Il me parait difficile d'admettre d'emblée dans ce cas le diagnostic de dermatite exfoliatrice ; je vois ici un état mamelonné de la peau au lieu de la nappe rouge uniforme ordinaire ; la desquamation caractéristique est également absente, enfin le taux de l'urée est normal ; tandis qu'il est fort abaissé dans toutes les dermatites exfoliantes ; MM. Vidal et Besnier ont avec raison insisté sur ce point. Je pencherais plus volontiers pour une toxidermie quelconque, mais en me gardant de rien affirmer.

M. Wickham. — En effet, les caractères objectifs ne sont pas absolument ceux de la dermatite exfoliatrice secondaire, ce qui explique notre hésitation, et si nous avons proposé ce diagnostic, c'est autant par élimination des autres groupes morbides que par suite des renseignements fournis sur l'évolution morbide antérieure, et d'ailleurs ici l'éruption purpurique qui intervient dans la coloration produite par la dermite semble jusqu'à un certain point pouvoir expliquer l'aspect particulier que présente la dermatite exfoliatrice chez ce malade.

M. E. Besnier. — Il est indispensable de suivre d'une façon méthodique et prolongée — plusieurs semaines — les éliminations urinaires chez ce malade, surtout en ce qui concerne l'urée et les chlorures. Il me semble impossible qu'il n'y ait pas de troubles de cet ordre dans cette dermatose.

M. Wickham. — Si je n'ai pas donné de suite l'examen des urines, c'est que les conclusions de l'analyse ne sont pas encore définitives. Mais voici les premières recherches faites par M. Cathelineau :

Pour un volume (24 heures) de 840 gr., on trouve :

Urée	21 gr. »
Acide urique	1 — 75
Chlorures	4 — 62
Acide phosphorique	2 — 75
Sucre	0
Albumine	0 — 62
Pigments biliaires	0
Acides	0
Urobiline	traces
Indican	traces
Peptone	0

L'urine est acide, trouble, floconneuse et a une densité de 1029.

M. Hallopeau. — Je ne m'explique pas très bien ce qui a pu faire penser M. Wickham à un cas d'eczéma, il n'y a là rien d'eczématiforme.

M. Wickham. — Je n'ai point dit eczéma, mais dermatite exfoliatrice suite d'eczéma ; s'il restait quelque aspect eczémateux, le diagnostic d'herpétide maligne secondaire de Bazin ne pourrait pas se soutenir.

Ce type morbide, qui vient à la suite de diverses affections telles que le psoriasis, l'eczéma, le lichen ruber planus, le pityriasis rubra pilars, etc., n'est bien constitué que lorsque les éléments de ces diverses affections premières ont complètement disparu.

Note sur un cas de folliculite décalvante, forme pseudo-pelade de Brocq.

Par M. le Dr Niclot, aide-major de 2e classe.

B..., cavalier au 27e dragons, recrue, est envoyé à la visite par le lieutenant de son peloton, qui a remarqué l'agrandissement progressif de plaques décalvées qu'il porte sur la tête.

Cet homme, qui n'a aucun passé pathologique intéressant à nous raconter, n'a jamais eu ni syphilis, ni traumatisme, ni croûtes affectant le cuir chevelu.

La lésion s'est établie insidieusement, progressivement, à sec, — le malade est très affirmatif à cet égard, — depuis environ un an, dix-huit mois, date du début.

A cette époque, étant domestique de ferme, il remarqua que « ça tombait » des deux côtés à la fois ; notons, sans insister trop sur le fait, qu'il se rappelle avoir couché avec un homme porteur sur le vertex de traces analogues d'une affection décalvante.

L'examen actuel montre deux plaques latérales, au niveau des cornes

frontales ainsi démesurément agrandies ; elles poussent des prolongements à découpures irrégulières dans les parties saines, avec des traînées de cheveux intacts traversant la surface malade.

La peau est lisse, d'aspect pseudo-cicatriciel atrophique, légèrement déprimée ; une teinte rosée semble la colorer en certains endroits, sans paraître se localiser de préférence au pied des cheveux.

Ces derniers n'ont l'air nulle part d'être sérieusement malades ; il n'y a non plus ni desquamation, ni points de folliculite arrivée à suppuration ; un ou deux cheveux cependant d'apparence normale, arrachés au milieu des régions atteintes, semblent céder à la traction avec une certaine complaisance, et viennent engainés au bout de la pince.

A gauche, les plaques ont une étendue de 6 à 7 centim. de longueur sur 5 de large ; à droite, elles forment un carré de 5 centim. de côté.

Deux petits placards existent encore à la région temporale et vers le tourbillon, qui paraissent appartenir à la même cause de désorganisation folliculaire.

Le malade, d'ailleurs, ne présente pas aux lieux d'élection, régions glabres ou régions velues, de marques bien franches d'une tendance aux troubles kératosiques.

Nous avons cru reconnaître (M. Brocq nous a confirmé dans notre opinion) la forme qu'il a décrite pour la première fois dans l'*American journal of cutaneous and venereal diseases*, en 1885, sous le nom de pseudo-pelade ; question qu'il a étudiée d'ailleurs à nouveau en 1888 (Société des hôpitaux), puis dans les *Annales* de 1889, avec ses recherches sur la kératose pilaire.

Elle rentre dans la grande classe des alopécies innominées de Besnier, des folliculites agminées décalvantes de Brocq (in *Traité des maladies de la peau*).

L'absence des points purulents semble distinguer l'espèce actuelle de la maladie que notre maître M. Quinquaud (1888) et nous-même (Thèse de Paris, 1888) avons décrite.

Nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs qu'il ne doit guère y avoir qu'un degré bien aisé à franchir de l'une à l'autre forme : Nous avons eu sous les yeux la plupart des malades qui ont inspiré à notre maître sa communication devant la Société des hôpitaux : nous avons même suivi à domicile celui qui a été reproduit par le moulage, et qui figure au musée : il y a là des lésions d'aspect absolument identique, n'était dans la maladie de Quinquaud la pustulette pilaire, accentuation d'un même processus, sinon phénomène contingent, complication secondaire.

Nous avons l'intention de prélever des parcelles biopsiques pour étudier l'histologie et la bactériologie de cette affection.

M. L. Brocq. — Je suis d'autant plus heureux de présenter ce travail à la Société que M. le Dr Niclot a été l'actif collaborateur de notre regretté maître et ami, M. le Dr Quinquaud, dans ses recherches sur les folliculites

décalvantes. C'est bien là, au premier abord, un exemple de l'affection à laquelle j'ai donné le nom de pseudo-pelade : je dois dire, cependant, qu'il ne me paraît pas être tout à fait aussi atrophique, aussi cicatriciel, aussi fatalement alopécique que les cas typiques que j'ai pu observer.

Ce serait, ce me semble, le moment de soulever de nouveau à ce propos la question si importante, — que j'ai déjà entendu traiter par mon excellent et très honoré maître, M. le Dr Besnier, — des rapports qui peuvent exister entre ces variétés d'alopécie et la pelade vraie. Entre un cas typique de pelade vraie et un cas typique d'une pseudo-pelade caractérisé par une légère tuméfaction inflammatoire rosée péripilaire, par l'engainement du cheveu malade, par le processus franchement atrophique et cicatriciel, par la configuration irrégulière des plaques alopéciques, il y a des distinctions faciles à établir, et qui, au premier abord, paraissent fondamentales ; mais il n'en est pas toujours ainsi en clinique. Tout récemment encore, j'étais consulté par un homme atteint d'une pelade rebelle pour laquelle tout avait échoué ; après examen, je crus pouvoir conclure à une pseudo-pelade, et je dis au malade que je considérais son alopécie comme définitive : quel ne fut pas mon étonnement quand je l'entendis m'affirmer qu'il avait cependant vu déjà des cheveux repousser au niveau de plaques absolument analogues à celle qu'il présentait à l'heure actuelle ; il avouait cependant que, depuis plusieurs années, celles-ci n'offraient plus aucun vestige de système pileux. Il semble donc que dans ce cas il y ait eu à la fois pelade et pseudo-pelade ; si l'on ne veut pas admettre une pareille hypothèse, ce fait semblerait prouver ou bien que la pseudo-pelade n'est qu'une des formes de la pelade, peut-être une de ses conséquences, ou bien que la pseudo-pelade peut guérir au début, ou tout au moins dans certaines de ses modalités.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là une question des plus importantes à élucider, et pour la solution de laquelle il serait désirable que l'on entreprît toute une série de recherches méthodiques basées à la fois sur l'observation clinique, l'histologie, la bactériologie et l'expérimentation.

M. E. Besnier. — La question qui se pose au sujet du malade de M. Niclot ne peut encore être résolue complètement. Je dois dire, toutefois, que l'expérience me confirme de plus en plus dans mon impression première que certaines alopécies cicatricielles ont été trop hâtivement séparées de la pelade et devront lui être restituées. C'est ainsi que j'ai observé simultanément, dans un même *petit* bureau, deux employés atteints l'un de pelade vulgaire de la barbe, l'autre d'alopécie cicatricielle prononcée. J'ai vu aussi, chez une femme, l'alopécie cicatricielle sans folliculite, et peu après, chez chez une parente en relations fréquentes avec elle, l'alopécie peladique régulière.

J'ajoute que ces alopécies cicatricielles sont parfaitement susceptibles de guérison complète, sans que l'on puisse attribuer ce résultat à tel ou tel traitement.

M. Brocq. — Dans les cas de pseudo-pelade *typique,* les caractères cliniques sont manifestement opposés à ceux de la pelade vulgaire : les

cheveux n'y sont point atrophiés, mais engainés comme dans le favus. Il existe un point d'inflammation apparente à la base des poils voués à la chute. Enfin la forme des aires alopéciques est fort dissemblable. Donc, entre les cas typiques de l'une et l'autre affection, pas de confusion possible. Mais ici encore, il faut faire une place aux *faits de passage*, et il est impossible d'établir une délimitation absolue.

Sur un nouveau cas de morphée.

Par H. Hallopeau et L. Brodier.

Ce fait présente quelques particularités qui nous paraissent mériter d'être signalées; l'histoire de la malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Marguerite S..., âgée de 34 ans, vannière, entre le 20 février 1894, salle Lugol, n° 15. Ses antécédents n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Au mois de septembre 1893, la malade éprouva, sans cause appréciable, dans les deux régions sus-claviculaires, un prurit intense qui la forçait à se gratter; elle remarqua peu après que, dans les mêmes points, sa peau, normalement un peu brune, s'était décolorée dans une étendue de 2 centim. environ. Depuis lors, les plaques blanches se sont agrandies progressivement jusqu'à atteindre les dimensions qu'elles ont aujourd'hui; elles ont cependant diminué depuis deux mois.

Vers le milieu du mois de novembre, des taches érythémateuses se sont produites à la face interne des deux cuisses; six semaines après, les téguments se sont décolorés au centre de ces plaques en même temps qu'ils s'induraient légèrement; ces parties étaient le siège de démangeaisons moins vives que les plaques claviculaires. Des plaques analogues ont paru sur le ventre à la même époque.

Actuellement, les lésions occupent le tronc, les cuisses, et la face antérieure des avant-bras.

Chacune des régions sus-claviculaires est le siège d'une plaque.

Celle de droite mesure 11 centim. transversalement et 8 centim. verticalement; celle de gauche mesure 10 centim. sur 7. A leur centre, la peau est blanche, décolorée, légèrement plissée; elle offre quelques papules excoriées par le grattage, et on y observe une très fine desquamation furfuracée. Les téguments ne semblent pas nettement indurés et glissent facilement sur les parties sous-jacentes; cependant le pli cutané semble légèrement épaissi à leur niveau. A leur périphérie, se trouve une large surface pigmentée. Sauf à la partie externe de la plaque droite, la zone décolorée n'est pas nettement limitée, la pigmentation périphérique est parsemée de nombreuses macules blanches au voisinage de la partie centrale, et même, par places, la zone pigmentée envoie des prolongements qui découpent en demi-cercles les contours de cette dernière. La pigmentation s'étend dans la région cervicale sur un rayon de 4 centim. à droite, de 3 à gauche. Au-dessous de la partie externe du bord inférieur de la

plaque droite, se trouve une zone de couleur rouge brun, qui ne disparaît pas sous la pression du doigt, et s'avance sur un rayon de 5 centim. dans la région pectorale. L'aréole pigmentée de la plaque gauche est moins étendue et mesure de 5 millim. à 3 centim. Dans la région sus-sternale, la peau est partiellement décolorée dans une étendue de 3 à 4 millim.

Dans le dos, les deux fosses sus-épineuses sont occupées par des plaques semblables aux précédentes. Celle de droite mesure 7 centim. transversalement sur 4 verticalement, celle de gauche 9 centim. sur 5. La peau y est blanche et épaissie; elle s'y laisse difficilement plisser entre les doigts; elle offre aussi plusieurs papules excoriées par le grattage. Elles sont entourées d'une aréole pigmentée qui est moins considérable à droite qu'à gauche; cette aréole brune offre vers le bord de la plaque une teinte violet lilas très manifeste.

Dans la région dorso-lombaire, on trouve une plaque décolorée et épaissie, irrégulièrement ovalaire; son plus grand diamètre mesure 5 centim. La peau qui l'entoure est pigmentée sur une largeur variant de 3 à 6 centim.

Il existe de même dans la région lombo-sacrée plusieurs taches dépigmentées avec aréole périphérique.

Sous le sein droit, se trouve une plaque irrégulièrement ovalaire de 6 centim. de long sur 4 de large; les bords n'en sont pas nettement dessinés et se confondent progressivement avec l'aréole périphérique; mais à la partie supérieure on observe une zone lilas très accusée qui s'étend entre les deux seins, sous forme d'une bande légèrement sinueuse ayant 3 millim. environ de largeur.

La région hypogastrique est occupée par une large plaque qui naît à 1 centim au-dessous de l'ombilic et descend presque jusqu'au pubis; elle s'étend sur les parties latérales de l'abdomen sur un espace de 12 centim. à droite, de 20 centim. à gauche; un plus grand diamètre vertical mesure 10 centim. Les contours en sont irréguliers, mal dessinés; l'aréole pigmentée qui les limite est large de 3 à 6 centim.; la peau y semble simplement décolorée; elle est mobile sur les plans sous-jacents et se plisse facilement entre les doigts. Au voisinage de cette plaque, on en observe plusieurs autres plus petites ayant les mêmes caractères.

A la face interne des cuisses, se trouvent, symétriquement disposées, deux plaques arrondies de 2 centim. de diamètre; la peau, décolorée et légèrement plissée, rappelle par son aspect celui des cicatrices; au niveau de la plaque gauche, elle est nettement indurée, et présente une consistance lardacée, elle est cependant mobile sur les plans profonds; la plaque droite qui, au dire de la malade, a paru quinze jours après la première, est moins nettement indurée; les deux plaques sont entourées d'une zone brun violet mesurant 6 centim. à gauche, 8 centim. à droite. Au-dessus d'elles, à la partie supéro-interne des cuisses, se trouvent trois à quatre taches érythémateuses disparaissant sous la pression du doigt.

La face postérieure des cuisses présente deux petites taches incomplètement décolorées, entourées de larges aréoles pigmentées où l'on distingue nettement des ectasies vasculaires.

Le creux poplité gauche offre aussi une plaque décolorée, irrégulièrement entourée d'une zone brun sombre de 7 centim. d'étendue, où les vaisseaux dilatés forment un élégant réseau, surtout à la partie inférieure. Les mêmes plaques érythémateuses se retrouvent à la partie supéro-externe des jambes, elles ont de 4 à 8 centim. de diamètre.

Enfin quelques plaques décolorées mal limitées s'observent à la partie supérieure et antérieure des avant-bras. La tête est respectée.

Toutes ces plaques sont le siège de démangeaisons assez vives et quelques-unes offrent des traces de grattage sous forme de papules excoriées. La malade affirme qu'elles commencent par des taches érythémateuses qui peu à peu se décolorent à leur centre, tandis qu'elles s'étendent à la périphérie.

La sensibilité est partout conservée ; l'exploration méthodique des nerfs ne révèle rien de particulier ; il n'existe aucun phénomène rappelant l'asphyxie locale des extrémités.

L'induration des téguments n'est très prononcée qu'au niveau des fosses sus-épineuses et à la face interne des cuisses, mais en ces points l'aspect et la consistance des plaques, ainsi que la zone violacée qui les entoure, rappellent absolument le type que E. Wilson a décrit sous le nom de morphée.

Lorsque cette malade s'est présentée à notre consultation, nous avons entendu près de nous cette exclamation : quel beau vitiligo ! Tel est en effet le diagnostic qui, à un premier examen, semble s'imposer, si l'on ne regarde que les plaques du cou et les zones hyperpigmentées qui les entourent ; la palpation même de ces plaques cervicales ne vient pas immédiatement établir le diagnostic, car elles ne sont indurées que d'une manière peu sensible, il faut étudier les plaques rétro-scapulaires et surtout celles des cuisses pour reconnaître qu'il s'agit bien d'une morphée et non d'un simple trouble dans la pigmentation.

Cette *absence d'induration* prononcée dans des plaques qui ne sont pas en voie de régression est un fait exceptionnel dans l'histoire de ces morphées : nous ne l'avons pas vu signalé jusqu'ici.

Outre le vitiligo, il est une autre maladie que cette absence d'induration peut conduire à confondre avec cette morphée : nous voulons parler de la lèpre ; la coexistence de plaques indurées, l'absence d'anesthésie, les grandes aréoles érythémateuses qui entourent les plaques décolorées sont les signes qui permettent d'éliminer cette infection.

Un autre fait chez cette malade nous paraît digne d'attention : nous voulons parler de la *grande étendue des surfaces érythémateuses et pigmentées* ; on les voit, au niveau des cuisses, atteindre 8 centim. de rayon, alors que la plaque décolorée n'en mesure que 2 de diamètre.

On peut suivre toutes les phases par lesquelles passent les plaques

dans leur période d'accroissement : plusieurs plaques en effet sont purement érythémateuses ; d'autres sont à la fois érythémateuses et et hyperpigmentées, elles ne disparaissent plus sous la pression du doigt ; d'autres enfin commencent à présenter, dans leur partie centrale, une petite plaque décolorée, indurée ou non.

Il paraît bien manifeste que l'hyperpigmentation est la conséquence de l'hyperémie persistante.

Nous insisterons enfin sur l'*intensité du prurit :* alors que, dans la grande majorité des cas, il est nul, même lorsque les plaques atteignent les dimensions énormes signalées dans le cas que l'un de nous a présenté l'an passé, il est persistant et pénible chez notre malade ; il a même été le phénomène qui a le premier attiré son attention. Ce fait vient prouver encore une fois que ce symptôme est en grande partie en relation avec le mode de réaction du sujet, et que sa valeur au point de vue nosologique n'a qu'une importance relativement secondaire.

Nous ferons remarquer enfin la multiplicité des plaques, ainsi que leur caractère généralement superficiel.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Les plaques de morphée peuvent se développer sans que le tégument présente une induration prononcée ;*

2° *Les dimensions des taches érythémateuses et pigmentées peuvent être très considérables par rapport à l'étendue des plaques décolorées ;*

3° *Les plaques de morphée peuvent être le siège d'un prurit intense et persistant ;*

4° *La pigmentation qui les entoure simule un vitiligo ; l'absence d'induration prononcée peut alors conduire à un diagnostic inexact ;*

5° *La coexistence de plaques indurées et le lilas ring accentué autour de quelques plaques décolorées permettent d'éviter cette erreur ;*

6° *Les mêmes signes, auxquels il faut ajouter l'absence d'anesthésie, évitent une confusion avec la lèpre ;*

7° *Le développement des plaques pigmentées paraît être consécutif et subordonné aux hyperhémies prolongées.*

Épithélioma greffé sur un lupus.

Par MM. Hallopeau et L. Brodier.

Nous présentons ce malade uniquement à cause de l'aspect étrange que les lésions donnent à sa physionomie.

R..., 50 ans, marchand de vins, est atteint d'un lupus plan qui occupe les joues, le menton, la partie latérale gauche de la lèvre inférieure, les deux paupières et la partie médiane du front. Toute la partie médiane de la face est occupée par une énorme masse végétante qui remonte en haut à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du nez, et qui en bas descend en avant de l'orifice buccal qu'elle couvre presque entièrement, dépassant de 2 centimètres et demi le bord de la lèvre supérieure. Elle mesure 9 centim. verticalement et 7 centimètres et demi transversalement, elle fait sur les parties voisines une saillie d'environ 2 centimètres et demi. Cette masse est divisée par un sillon profond transversal en deux masses secondaires : une supérieure, transversalement dirigée, et une inférieure qui décrit une courbe à concavité supérieure autour d'un orifice irrégulier qui représente l'orifice des fosses nasales. Les deux masses sont couvertes de saillies mamelonnées et inégales, séparées par des sillons plus ou moins profonds. Ces sillons sont le siège d'ulcérations à fond grisâtre et recouvertes d'un liquide sanieux. L'ensemble de la tumeur a une consistance mollasse, elle est recouverte de croûtes brunâtres plus ou moins dures. La lèvre supérieure est détruite dans sa partie médiane et n'existe plus que sur une longueur de 2 centim. de chaque côté.

Gomme du corps ciliaire.

Par le Dr Albert Terson.

Les périodes secondaires et tertiaires de la syphilis produisent souvent des iritis granulomateuses, bien connues, sur lesquelles le traitement spécial a tant de prise : mais ces granulomes n'ont presque jamais de tendance au ramollissement et ne constituent guère de véritables gommes. Ce qui est particulièrement exceptionnel, c'est de voir se développer *primitivement dans le corps ciliaire*, et à *une époque extrêmement rapprochée de l'accident primitif*, une production spécifique, volumineuse, provoquant une ectasie et une ulcération de la sclérotique, envahissant, mais en dernier lieu, l'iris, et se comportant, en un mot, comme les très rares gommes du corps ciliaire qu'on a vu survenir plusieurs années après le début de la vérole. Le cas que nous rapportons ici nous semble offrir à ce point de vue un réel intérêt.

Le nommé Louis G..., 21 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1894, salle Julien, no 26. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, à part un petit frère mort de convulsions et son père mort d'affection inconnue ; mère et sœurs bien portantes.

Quant à lui, il a toujours été débile, soumis à de nombreuses privations, mais il n'a jamais fait de maladie, et si sa constitution générale est faible, on ne lui trouve pas de scrofule ancienne. Ses habitudes alcooliques sont des plus nettes et des plus invétérées : régulièrement, chaque jour, une absinthe, au moins trois litres de vin, et petits verres en si grand nombre qu'il avoue en avoir pris quelquefois plus d'une vingtaine dans la journée.

Le 6 janvier, il entra à Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, pour un chancre induré qui se cicatrisait, traité depuis trois semaines par la pommade au calomel. A son entrée, la roséole était manifeste, et huit jours après, il était atteint d'une double iritis plastique survenue en deux ou trois jours. Ces iritis étaient de moyenne intensité, sans exsudats, avec quelques synéchies. Atropine, plusieurs fois par jour, 6 gr., frictions. Ce traitement-là a été suivi une quinzaine de jours : l'iritis du côté gauche allait beaucoup mieux et la pupille se dilatait à peu près complètement ; du côté droit, les douleurs, bien que médiocres, existaient cependant à un plus grand degré et la pupille se dilatait très irrégulièrement. Enfin le malade accusait, à droite, une diminution si rapide de l'acuité visuelle qu'il voyait à peine les doigts d'une main passant devant ses yeux. C'est dans cet état qu'il quitta l'hôpital Saint-Louis sans motifs plausibles et sur sa demande, et pendant près de trois semaines ne fit plus aucune espèce de traitement.

L'état de l'œil droit s'étant considérablement aggravé, il entra alors à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant. *Œil gauche* : plus de trace d'inflammation vive, plus de cercle périkératique ; une petite synéchie irienne est le seul reste de son iritis, il lit et écrit parfaitement, en se servant de cet œil. *Œil droit* : vive injection conjonctivale et surtout péricornéenne ; la pupille est très rétrécie et indilatable ; en haut et en dehors du limbe scléro-cornéen, se trouve une sorte de large élévation rougeâtre ressemblant à un gros bouton d'épisclérite ; c'est une ectasie de la sclérotique, une sorte de boursouflure et d'usure de la membrane ; dans la chambre antérieure, au niveau de la périphérie de l'iris, tout à fait dans l'angle correspondant à la saillie mentionnée, une sorte de masse, couleur mastic, a traversé l'iris, et saille, en s'aplatissant contre la face profonde de la cornée. Le malade ne distingue rien de cet œil, qui est assez douloureux et complètement hypotone, et dont la rétine doit être décollée.

Actuellement (7 mars), on voit les résultats de l'évolution progressive de la maladie ; la sclérotique s'est perforée dans la région ciliaire et une masse jaunâtre est venue soulever la conjonctive. La chambre antérieure est remplie de productions en chou-fleur ayant passé au-devant de l'iris qui est du reste transformé et dégénéré. On voit très nettement que le processus n'a envahi l'iris que secondairement. L'œil est mou, diminué de volume et tourne à l'atrophie.

L'examen général démontre la présence, aux jambes, de plusieurs ulcérations qui rappellent les ulcérations gommeuses. L'accident primitif à la verge paraît cependant bien avoir été le chancre et non une syphilide chancriforme.

Pourrait-on confondre l'affection oculaire avec une lésion non syphi-

litique? Assurément, si la syphilis, avec ses manifestations iritiques rapides, n'existait pas, on penserait tout de suite à la tuberculose du corps ciliaire ; mais, outre que la tuberculose ciliaire est en général beaucoup moins rapide comme évolution, l'absence d'autres signes de tuberculose permet de considérer ce cas comme étant bien d'une cause syphilitique. J'ai cependant excisé la petite masse jaunâtre qui soulevait la conjonctive, j'ai examiné par la méthode d'Ehrlich une partie de ses détritus, sans y trouver des bacilles; j'ai de plus inoculé un fragment dans la chambre antérieure d'un lapin, dont nous saurons le sort ultérieur.

Faut-il nommer gomme la lésion à laquelle nous avons affaire? Si l'on s'en rapporte au type clinique, cette masse à tendance ulcérante d'emblée a évolué absolument comme les gommes du corps ciliaire décrites d'un an à sept ans après le chancre et qui ont des symptômes identiques. Les épisclérites gommeuses, qui s'ulcèrent assez fréquemment, n'empiètent-elles pas du reste souvent sur la période secondaire?

Quoi qu'il en soit, on aura à faire le diagnostic de gomme, soit dans les conditions où se trouve notre malade, tout à côté des accidents secondaires, soit très tardivement. Dans un cas publié par notre maître le professeur Panas (1), la néoplasie qui avait ouvert la sclérotique et mis à nu le corps ciliaire s'accompagnait de troubles *pulmonaires*, qui furent diagnostiqués comme gommes du poumon et qui furent très améliorés, de même que l'affection oculaire, par des injections de peptonate de mercure. On conçoit combien il peut alors être délicat de ne pas confondre les lésions syphilitiques de l'œil et du poumon avec des tuberculoses oculaires et pulmonaires dont l'aspect clinique est si semblable. C'est sur l'absence des bacilles, l'interrogatoire et les antécédents du malade, l'influence du traitement qu'on pourra baser le diagnostic.

Peut-on prévoir la gomme du corps ciliaire avant même l'apparition de l'ectasie sclérale qui en est le symptôme capital? D'après M. de Wecker, il faut grandement se méfier sous ce rapport, lorsque l'acuité visuelle baisse rapidement au cours d'une iritis spécifique, d'une quantité hors de proportion avec les phénomèmes objectifs. Dans notre cas, nous avons pu observer en effet une chute rapide et presque complète de la vision, en même temps que les signes objectifs et subjectifs augmentaient d'intensité et permettaient de deviner la cyclite. Mais, en l'absence de la proéminence anormale de la sclérotique, on ne saurait avoir évidemment qu'une simple présomption.

M. A. Fournier. — Je n'ai jamais vu, pour ma part, des lésions de ce genre à ce degré : il y a là un véritable nid de gommes du corps ciliaire.

(1) *Méd. moderne* 1891.

C'est un cas de véritable syphilis maligne précoce concentrée sur l'œil, comme nous en connaissions déjà portant sur la peau, sur le cerveau ou sur la moelle.

Érythème provoqué par l'antipyrine. Pseudo-roséole syphilitique.

Par LOUIS WICKHAM.

Mon cher maître, M. le professeur Fournier, me prie de vous présenter une malade de son service atteinte d'un *érythème roséolique* dû à *l'antipyrine*. L'éruption revêt dans la perfection l'aspect d'une roséole syphilitique. Au premier examen, la pensée ne peut être autre que celle d' « éruption syphilitique ». Peut-être cependant y a-t-il une légère différence dans la coloration même des taches. Elles sont ici un peu plus rouges, presque rouge vif, en certains points. N'ayant découvert chez la malade aucune trace de syphilis, nous avons poursuivi l'enquête et avons appris que l'éruption était survenue brusquement à la suite de la prise, pendant deux jours de suite, de 2 gr. d'antipyrine.

M. A. FOURNIER. — Lors de l'entrée de cette malade, nous avons tous porté le diagnostic de roséole syphilitique ; mais, devant les dénégations énergiques de la malade, nous nous sommes livrés à une enquête qui ne nous a fourni aucune confirmation de notre impression première, mais qui en revanche nous a révélé l'origine toxidermique de cet exanthème. Donc l'antipyrine peut susciter des exanthèmes simulant la syphilis. Elle peut en produire aussi qui simulent la rougeole, et j'en ai récemment, avec M. Le Pileur, observé un qui réunissait tous les éléments nécessaires à une erreur dans ce sens (conjonctivite, larmoiement, coryza) ; toutefois il n'y avait pas de catarrhe bronchique. En revanche, il se fit une singulière localisation vésicale : la malade, pendant une nuit, urinait tous les quarts d'heure.

M. E. BESNIER. — Le malade auquel M. Fournier vient de faire allusion, que j'ai également observé, a eu un mouvement fébrile assez intense pendant quatre ou cinq jours, et je déclare qu'en effet le diagnostic était fort difficile. Toutefois, vers le sixième jour, la face commença à desquamer étant encore *rouge ;* or, dans la rougeole comme dans la scarlatine, la desquamation n'est pas contemporaine de l'éruption, contrairement à ce que l'on voit dans les exanthèmes scarlatiniforme et rubéoliforme.

M. HALLOPEAU. — Je demande malgré tout à faire au sujet de cette malade quelques réserves en faveur de la syphilis : je sens manifestement chez elle la glande épitrochléenne, de plus elle a eu de la céphalée.

M. A. FOURNIER. — La malade sera surveillée comme il convient, mais je refuse toute espèce de valeur au ganglion de l'épitrochlée, qui manque souvent dans la syphilis et qu'on peut rencontrer en dehors d'elle.

Éruption impétigo-ecthymateuse généralisée, développée chez un enfant à la suite du percement de l'oreille par un bijoutier.

Par F. Deléage (de Vichy) et A. Morel-Lavallée.

Cette éruption eût sans doute reçu de nous la qualification plus moderne et plus scientifique de *staphyloccose cutanée*, si nous avions eu un laboratoire à notre disposition, mais, même dépourvue de recherches bactériologiques, l'observation n'en est pas moins iustructive.

En voici le résumé :

Enfant Am..., 4 ans. Ni croûtes dans les cheveux, ni gourme jusqu'à ces douze derniers mois. Tousse facilement l'hiver. En août 1892, éruption d'impétigo à la face et aux membres ; croûtes derrière les oreilles. Au bout de deux mois, tout est guéri. Pas de bronchite ce dernier hiver.

Le 8 août 1893, on lui fait percer les oreilles par un bijoutier, et, sur-le-champ, on lui passe des boucles d'oreilles. Le lendemain, croûte jaune au-devant de la perforation ; l'éruption s'étend en avant, gagne le lobule, puis toute l'oreille. Puis vésicules et pustules se montrent aux joues, et surtout sur le front où elles prennent l'aspect enflammé de petits furoncles.

Quelques jours plus tard, l'impétigo gagnait les membres, confluent aux genoux et aux coudes. Depuis ce moment, accès fébriles à heures irrégulières.

C'est à ce moment qu'on nous amena la fillette. Nous fîmes tomber les croûtes et prescrivîmes de la vaseline boriquée. Les phénomènes généraux disparurent au bout de quarante-huit heures. Quinze jours après, avec l'aide d'une pommade au dermatol, il ne restait plus de l'éruption que quelques croûtelles au cuir chevelu.

Nous avons la bonne fortune de pouvoir présenter à la Société l'*emporte-pièce* dont se sert le bijoutier. C'est un trocart, enfilé dans une canule de 2 millim. de diamètre environ. Ces instruments sont habituellement sales, rouillés; la pointe est plus ou moins émoussée, et, de plus, l'extrémité vulnérante de la canule est bossuée et inégale, ne s'adaptant pas régulièrement sur le trocart; elle doit déchirer les parois du canal foré par le trocart.

Au moment où on veut imposer aux barbiers le flambage des rasoirs et ciseaux, nous nous demandons comment, tant que subsiste la coutume étrange de passer des anneaux aux oreilles des personnes de l'un ou l'autre sexe, l'opération chirurgicale de la perforation du lobule est laissée et permise aux bijoutiers ou bimbelotiers de la moindre bourgade, au risque d'inoculer aux victimes l'impétigo, l'érysipèle, la tuberculose (T. Barthelémy), peut-être la syphilis, de fendre ou déformer le lobule de l'oreille.

Le fait est d'autant plus topique que précisément la « percée » du lobule et le port de boucles d'oreilles sont regardés dans les campagnes comme un dérivatif salutaire aux éruptions, aux otites, blépharites, kératites strumeuses ; — que le développement consécutif de

gourmes est souvent considéré par les paysans comme l'établissement d'un exutoire heureux; — que souvent on perce les oreilles à plusieurs enfants, sains ou non, dans la même séance.

Voici comment se pratique l'opération : le bijoutier place derrière l'oreille un bouchon de liège comme tampon, puis il enfonce son outil; il retire alors le trocart en laissant la canule, puis, introduisant dans celle-ci l'extrémité ouverte de l'anneau, il retire à la fois la canule et l'anneau du pendant d'oreille. Puis on essuie en général le trocart sans même le laver, et on passe à un autre enfant.

Les cas où l'opérateur flambe ou phénique son instrument ne nous paraissant pas devoir être en majorité, nous demandons à la Société s'il n'y aurait pas un moyen d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le danger inhérent à la libre pratique d'une opération aussi fréquente et susceptible d'ouvrir une porte à tant d'inoculations éventuelles.

M. E. Besnier. — La Société de dermatologie ne saurait saisir les pouvoirs publics d'une question de ce genre, mais il serait bon que le débat fût porté devant l'Académie de médecine qui a qualité pour le faire.

Gommes syphilitiques symétriques.

M. Jullien. — J'ai l'honneur de vous présenter une femme de 38 ans



syphilitique depuis cinq ans, et qui est atteinte depuis quelques jours de gommes aux avant-bras.

A droite et à gauche, la lésion siège en des points parfaitement symé-

triques sur le milieu de la face dorsale. Elle consiste en un placard violacé de 6 centim. environ sur lequel se dessinent très nettement les tuméfactions des gommes.

Cette femme, bien soignée au début, a négligé tout traitement par la suite.

Elle est surveillante à Saint-Lazare et rien, dans ses occupations professionnelles, ne saurait expliquer l'étrange et exclusive localisation des accidents.

Ce fait est à rapprocher de celui que j'ai publié et figuré dans la deuxième édition de mon *traitement des maladies vénériennes* (p. 816), de ceux qu'ont rapportés également Basset, Dulong, et plus récemment nos collègues le professeur Fournier et Hallopeau.

M. Boudaille envoie une note sur un cas d'éruption pemphigoïde chez un marin de 19 ans.

La séance est levée.

Le secrétaire :

L. Jacquet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 11 *octobre* 1893.

PRÉSIDENCE DE M. NEUMANN

Érythème folliculaire avec chute de l'épiderme.

M. KAPOSI présente une fille atteinte d'une affection qu'il voudrait tout d'abord désigner sous le nom d'érythème folliculaire desquamatif. En dehors des affections connues avec rougeur généralisée et desquamation de la peau, pityriasis rubra, lichen ruber, psoriasis généralisé, eczéma généralisé, on a décrit dans ces dernières années des processus analogues. Besnier a désigné sous le nom d'érythrodermie, des cas débutant par une rougeur généralisée et de la desquamation. Ensuite Vidal et Brocq ont présenté un très beau travail sur la maladie d'Erasmus Wilson, dans lequel ils citent aussi des cas de cécité et de mort. Dans la même catégorie, il faut ranger une maladie qui n'est pas signalée ici pour la première fois, mais pour laquelle il ne connaît aucun nom, bien qu'il l'ait mentionnée dans la quatrième édition de son livre. Il y a des motifs suffisants pour désigner le processus sous le nom d'érythème, spécialement sous celui d'érythème folliculaire. Les papules correspondent, en effet, aux follicules, la vive rougeur du début devient rouge bleu dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours. Quelques papules s'étendent comme un érythème jusqu'à atteindre les dimensions d'une pièce de 50 centimes et celle d'une pièce de 5 francs en argent. Comme localisation, il ressemble à l'érythème multiforme, car des érythèmes diffus apparaissent sur les côtés de l'extension et dans la région cervicale; en même temps, la rapide desquamation amène la formation de larges lamelles croûteuses, et laisse une surface cutanée hyperhémique rouge bleu. Finalement, l'affection devient générale, la face unie, brillante, il se produit une espèce d'ectropion, les malades sont très déprimés; dans l'espace de deux à quatre mois, ils sont tout à fait bien, sans qu'on puisse admettre l'influence d'un traitement quelconque. Une autre fois, la même affection se présente avec un caractère chronique, dure huit à dix mois et peut-être plus longtemps. Voici le dessin d'un cas que nous avons eu ici l'année précédente : l'affection a commencé par un érythème folliculaire, déjà on voit quelques papules s'étendre à la périphérie, desquamation diffuse sur la face; cette personne est à la clinique depuis six semaines, on a prescrit de l'arsenic à l'intérieur; la maladie paraissait suivre une marche favorable, cependant la guérison n'est pas encore tout à fait complète. Il y a environ trois ans, l'orateur a présenté le fils âgé de 17 ans, d'une charcutière, qui avait exactement la même affection; on pensait alors à un érythème toxique; le tout dura quatre mois. L'exsudation

était si abondante que, outre les éruptions généralisées de papules, il se produisait sur le côté de l'extension des coudes et des genoux des lamelles entièrement croûteuses.

Maintenant chez cet enfant le visage présente l'aspect que l'on observe dans tous les processus desquamatifs, épiderme lisse, brillant, à desquamation multiple, ectropion, sillons profonds sur le front, crevasses de l'épiderme sur la nuque; sur le tronc, l'origine de la maladie est encore nettement reconnaissable à des papules modérément dures, pâlissant sous la pression du doigt; aux genoux desquamation, les centres sont dépouillés d'épiderme, tandis que sur les bords, l'épiderme est décollé comme dans le pemphigus foliacé. L'enfant n'a pas de fièvre, le tout dure huit jours, pendant ce temps l'érythème a pris une extension considérable.

Le père dit que l'année précédente l'enfant avait eu la même affection, ensuite il aurait eu la rougeole; toute la maladie a duré deux mois.

Il ne peut rien dire ni sur la signification interne du processus, ni sur les conditions étiologiques, ni sur le mode d'évolution ou le pronostic. Voici le dessin d'un cas tout à fait semblable où la maladie dura plus d'un an et eut aussi des commencements analogues; dans un autre cas encore l'affection partit des plis articulaires, progressa avec un bord rouge.

Il est toujours difficile de dire que les papules apparaissent comme première éruption d'où partent les rougeurs diffuses, tandis que, en quelques points cependant, surviennent, dès le début, des rougeurs sur de larges surfaces. Si on ne connaît des faits de ce genre que par les publications d'autres auteurs, il est extrêmement difficile de s'entendre réciproquement.

Kaposi présente ensuite à titre de comparaison un homme atteint de psoriasis généralisé, lequel est comme couvert de petites papules; en troisième lieu une femme affectée de psoriasis généralisé, dont la face a le brillant du satin, avec rougeur diffuse et sécheresse de l'épiderme jeune.

On peut voir quelle obscurité règne encore dans ce domaine par le cas suivant que l'orateur a vu il y a trois à quatre jours pour la première fois et qui est unique dans son genre. Il s'agit d'une éruption aiguë de papules de forme érythémateuse, çà et là avec gangrène, escharification complète, de telle sorte qu'il en résulte l'aspect d'un rupia syphilitique aigu.

Kaposi présente enfin une fille avec une maladie analogue à celle de l'infirmière qui, dans le service de Dittel, s'était écorchée avec un ongle et avait eu au bout de quelque temps en ligne ascendante des éruptions bulleuses, qui étaient restées localisées d'un seul côté trois à quatre mois et s'étaient ensuite généralisées. Toute l'affection dura trois ans, la malade perdit complètement ses forces, il survint toute espèce de troubles nerveux, semblables à ceux qui s'observent dans le pemphigus nerveux. Chez la malade actuelle, on a l'année précédente énucléé un doigt de la main gauche à cause d'un panaris chronique, la cicatrice est encore visible. Partant de cette cicatrice il se produisit une série de bulles sur tout l'avant-bras.

Hémorrhagies cutanées.

M. EHRMANN présente un homme qui, sur les deux côtés du talon gauche, a des taches brun rouille, punctiformes, disposées en groupes.

Il rappelle les cas qu'il a montrés l'année précédente, ils avaient des symptômes tout à fait semblables. Le premier cas concernait un individu anémique qui non seulement se tenait toute la journée sur ses jambes, mais encore faisait des efforts musculaires considérables ; le second malade était atteint de rhumatisme. Les hémorrhagies punctiformes ont leur point de départ dans une altération des parois vasculaires, toutefois il faut faire intervenir encore une stase chronique qui se montre souvent sous forme d'ectasies veineuses. Ensuite chez les individus dont les capillaires sont malades, les parois capillaires se déchirent et après l'écoulement du sang il reste une matière colorante brune. Dans l'un des cas il y avait aussi des hémorrhagies dans les efflorescences d'un lichen de scrofuleux. Cette année l'orateur a vu une femme âgée avec diathèse urique prononcée; cette malade avait sur tout le corps des hémorrhagies qui laissaient des taches de couleur de rouille même nature.

Dans le cas actuel — il s'agit d'un employé de la poste qui doit se tenir souvent debout dix à douze heures, mais est en outre obligé dans le wagon-poste d'aller d'un compartiment à l'autre, — l'orateur attache une grande importance aux contractions musculaires. Quant aux causes prédisposantes, on ne peut émettre que des hypothèses. Syphilis il y a quatre à cinq ans.

Ce malade a eu en 1887 une para-uréthrite des deux côtés du frein. Il l'a traitée par l'électrolyse en enfonçant une aiguille jusque dans le sac.

M. NEUMANN. — On voit quelquefois comme exanthème prodromique de la variole des hémorrhagies le long du trajet des muscles sous forme de pétéchies, ce qui tend à démontrer l'influence de l'action musculaire sur la naissance des hémorrhagies de ce genre et la connexion qui existe entre les capillaires des muscles et ceux de la peau.

Mélanosarcome.

M. HLAWATSCH présente une femme de 50 ans du service de Scholz, atteinte de mélanosarcome. Dans l'été de l'année précédente, il s'est formé dans la région inguinale droite une tache foncée de la dimension d'une pièce d'un franc, humide, prurigineuse et qui augmenta assez rapidement de volume. Au mois d'avril de cette année, elle est entrée dans la clinique d'Albert. A la place de la tache il est survenu une tumeur avec suppuration abondante; tout autour il y a déjà des métastases. Albert déconseilla l'opération et prescrivit uniquement une préparation ferrugineuse.

Il existe une tumeur bosselée d'environ la grosseur du poing avec surface semblable à celle d'un chou-fleur, en prolifération analogue à un champignon, métastases dans les parties voisines, dans la peau du tronc, des membres et dans les organes internes. Auparavant il y avait un nævus en ce point; dans cette famille on observe fréquemment des nævi. Actuellement, traitement arsenical interne. On fera l'examen histologique.

Sarcome pigmentaire multiple idiopathique.

M. Kaposi présente un homme de 65 ans atteint de cette affection. Ce malade offre les mêmes symptômes que dans le cas où les nodosités des pieds et des mains avaient été précédées par une rougeur bleuâtre diffuse avec infiltration fibreuse dure, de sorte qu'il survint une tension douloureuse considérable qui incommodait le malade jour et nuit, tandis que sur les autres régions du corps il y avait déjà des nodosités prononcées. Ce n'est que plus tard que des nodosités survinrent sur les parties infiltrées. L'orateur fit alors remarquer que dès 1870 il indiquait la présence d'hémorrhagies microscopiques dans le tissu et disait que la pigmentation ne se produit pas comme dans les sarcomes mélaniques, mais uniquement et seulement par suite d'hémorrhagies, attendu que la fragilité des vaisseaux sanguins serait le phénomène primaire.

Le malade actuel représente un cas analogue. Les mains et les pieds sont le siège d'une coloration rouge bleu diffuse avec infiltration dure, relativement peu de nodosités, quelques-unes transformées en tumeurs fongueuses, il en est d'ulcérées et de sanguinolentes. D'autres nodosités sont en voie de régression. Rien sur les muqueuses. Sur le tronc quelques nodosités.

L'affection remonte à six ans, état général assez satisfaisant.

Iritis blennorrhagique métastatique.

M. Nobel présente un malade du service de Lang. Il s'agit d'une complication rare de la blennorrhagie de l'urèthre. Il y a dix semaines, blennorrhagie, ensuite arthrite des deux genoux, affection oculaire regardée par les ophtalmologistes comme une blennorrhagie de la conjonctive. En outre les deux articulations tibio-tarsiennes et celles des petits orteils devinrent malades. La ponction de l'articulation du genou droit donna issue à un liquide séro-purulent trouble; par la culture on ne trouva que le staphylocoque pyogène aureus.

L'affection oculaire prit au bout de quinze jours une tournure favorable, plus tard survinrent une iritis et des ulcères de nature catarrhale sur la cornée. Le processus diminua lentement. Le traitement (salol) n'eut aucune action spéciale. La disparition rapide de l'affection oculaire fit supposer qu'elle n'était pas une lésion primaire. Il y a deux jours l'œil sain a été pris d'iritis; comme cause on ne peut trouver que l'affection uréthrale. Cette iritis ne se distingue en rien des iritis ordinaires.

Ulcération de la cornée.

M. Nobel présente encore une fille atteinte de blennorrhagie depuis huit semaines, il y a quatre semaines ulcération de la cornée avec perforation, prolapsus de l'iris.

M. Lang. — Selon lui, il faut rattacher ces affections à la blennorrhagie; toutefois on ne peut affirmer que les gonocoques amènent les métastases. Il est même possible que d'autres agents d'inflammation soient transportés dans la cornée, mais on ne peut pas nier le rapport clinique avec la blennorrhagie.

M. Ehrmann a vu cet été un cas qu'on lui avait adressé pour le traite-

ment local de la blennorrhagie. C'était une deuxième récidive; dans la troisième, il survint une iritis blennorrhagique; le malade a été à plusieurs reprises à Pistyan pour des rhumatismes articulaires blennorrhagiques. Chez les blennorrhagiens, on voit souvent certaines infiltrations douloureuses, dont le volume ne dépasse pas celui d'un pois ou d'un haricot, survenir dans les fascia, peut-être aussi dans les plaques tendineuses, qui recouvrent les muscles. Les microbes, streptocoques ou autres agents du pus, prennent toujours la même voie. Il en est de même dans la syphilis dont nous ne connaissons nullement le virus. Il serait désirable de rechercher pourquoi le virus est toujours déposé dans la même direction, cette étude pourrait conduire à une intéressante observation de pathologie générale qui serait également importante au point de vue clinique.

Nouvelles observations sur la lèpre en Suède et en Norvège.

M. A. Lorand. — Au cours d'un voyage fait cette année en Suède et en Norvège, il a constaté qu'en Suède la lèpre existe sur une grande étendue. Ainsi l'orateur trouva deux personnes en Dalékarlie, dans la paroisse de Leksand, une mère et sa fille; la fille, atteinte de lèpre tubéreuse, avait des granulations dans l'œil, tandis que la mère, dont la maladie était ignorée, avait la lèpre anesthésique. A Mora, en Dalékarlie, il trouva quatre personnes, dont une, un nommé Lund Per Larsson, atteint de lèpre tubéreuse était interné à l'hôpital de Mora; les trois autres dirent avoir été contagionnées par lui.

Djugos Per Persson, âgé de 74 ans, dit avoir hébergé une nuit Lund Per Larsson : sept mois après il remarqua les premiers symptômes de la maladie; la femme Finn Kjerstin Matsdotter, âgée de 50 ans, raconta avoir visité souvent la sœur de Lund Per Larsson et même l'avoir vu lui aussi. La troisième personne qui avait acquis la lèpre de Lund Per Larsson était sa sœur, malade depuis deux ans. Dans la petite localité de Vamhus, non loin de Mora, il y a neuf cas de lèpre : c'est donc un foyer endémique de lèpre. Dans toute la Dalékarlie il y a trente cas; on trouve ici la lèpre dans les petites localités situées sur les bords du lac Siljan et le long du Dal'elf.

Le médecin de la province de Leksand raconta au Dr Lorand qu'un de ses malades avait contracté la maladie en portant pendant cinq ans les vêtements qu'il avait achetés d'un lépreux. Après ces cinq ans, les premiers symptômes apparurent.

Le Dr Lorand trouve que les cas qu'il a vus en Dalékarlie peuvent se ranger parmi les plus horribles des 238 cas qu'il a observés en Suède et en Norvège, ce qui tient principalement au manque de soins.

D'après le même orateur, la lèpre est encore endémique dans la province d'Helsingland. Il y a un hôpital de lépreux à Jerfsö, sur la ligne des chemins de fer suédois de l'État dans la direction de Norrland; cet hôpital, construit en 1864, renferme cinquante malades. Le directeur de l'hôpital est le Dr Frédéric Oehrn. Le Dr Lorand cite un cas de lèpre tubéreuse, sur le pénis il y avait plusieurs ulcères arrondis, durs au toucher, qui provenaient de nodosités exulcérées, les ganglions inguinaux étaient engorgés des deux côtés. En outre, le cas d'un malade âgé atteint de lèpre anesthé-

sique, qui avait au talon un ulcère à marche profonde, et dont les souliers étaient garnis de clous de fer sur lesquels le malade se promenait sans les sentir. Le Dr Lorand a vu encore de nombreux panaris qui tiennent sans doute à ce que les malades se piquent avec des objets pointus qu'ils ne sentent pas et les excoriations ouvrent la voie aux micro-organismes de la suppuration.

Chez la plupart des malades les sourcils manquaient; cette région est aussi le siège de prédilection des nodosités. Cette absence de sourcils se rencontre dans la lèpre tubéreuse ainsi que dans la lèpre anesthésique.

Le Dr Lorand trouva souvent un ombilic au centre des nodosités, lequel s'étendait d'ordinaire à la périphérie jusqu'à ce que le tout se fût enfoncé au-dessous du niveau de la peau. On trouvait principalement des points déprimés de ce genre au-dessus des sourcils. Une nodosité, dont la grosseur dépassait celle d'une noisette, était constituée par quatre nodosités plus petites.

Chez une fille de Reitgjaerdet, le Dr Lorand ne trouva sur la face que quelques nodosités isolées, mais il pouvait sentir avec le doigt distinctement de nombreuses nodosités dans la profondeur de la peau.

Les individus atteints de lèpre anesthésique ont une coloration blanc jaune caractéristique, la face n'a aucune mimique, elle est tout à fait sans expression et rigide, on pourrait de préférence la comparer à l'expression de la face dans la paralysie agitante. En outre, ectropion des paupières et de la lèvre inférieure, aussi les malades pour éviter l'écoulement de la salive en parlant et en mangeant, sont obligés de relever la lèvre inférieure avec l'index. Chez les malades atteints de lèpre anesthésique il a toujours trouvé la mutilation des doigts et des orteils, parfois même de toute la main, souvent aussi de toute la partie antérieure du pied. Très fréquemment les extrémités mutilées n'avaient pas de cicatrices, la peau du moignon était tout à fait lisse. En outre les moignons des pieds étaient complètement massifs, très tuméfiés, hypertrophiés, de telle sorte que, avec leur aspect lourd et court, ils ressemblaient à des pieds d'éléphant. Cet état tiendrait peut-être à ce que les malades, par suite de l'absence du métatarse, ne pouvant plus soutenir le poids du corps, ce poids porte tout entier sur la partie postérieure du pied, qui est par suite hyperhémiée et tuméfiée comme si elle était le siège d'une espèce d'hypertrophie d'activité (Activitäts-Hypertrophie).

Chez plusieurs sujets atteints de lèpre anesthésique, les doigts avaient un aspect fusiforme, analogue au spina-ventosa. Mais si on examine les préparations d'os, on peut constater que ces aspérités ne sont pas des hyperostoses comme dans la tuberculose mais constituent de véritables épines qui s'amincissent d'une manière uniforme de la base des phalanges jusqu'à la périphérie, jusqu'à leur terminaison en une pointe fine comme une aiguille. Lorand propose pour ces productions le nom de *spina leprosa*. Cela étant, il peut facilement arriver que les malades atteints de lèpre anesthésique marchent, sans les sentir, par exemple sur des chemins pierreux, ou se heurtent les doigts à des objets, ou, d'une manière générale, s'exposent à des influences nocives, se fracturent les membres d'une manière tout à fait mécanique, de sorte qu'il se produit un émiettement lent sans cicatrices.

La contracture, la disposition en griffe des mains sont dues à une simple paralysie du nerf cubital. Dans cette variété de lèpre, ce sont, comme on le sait, les nerfs, principalement les nerfs cubital et péronier, qui sont dégénérés; par suite de la paralysie du cubital, il se produit de la contracture par l'action des antagonistes.

Le Dr Lorand a trouvé à Jerfsö ainsi qu'à Reitgjäerdet, plusieurs malades atteints de lèpre anesthésique avec pied bot.

Tout comme la contracture de la main est la conséquence de la paralysie du nerf cubital, le pied bot des lépreux serait celle de la paralysie du péronier et de l'action consécutive des antagonistes. Les muscles péroniers étant paralysés, leurs antagonistes, les supinateurs, l'emportent et il se produit le pied bot lépreux.

Sur les yeux, on observe dans la lèpre la forme tubéreuse et la forme anesthésique. Dans la première variété on trouve, au bord sclérotique de la cornée, une papule blanc gris colloïde qui envahit de plus en plus la cornée et qui, partant de la sclérotique, entraîne après elle des vaisseaux en forme d'éventail, comme dans la conjonctivite lymphatique. Plus tard, en même temps que le dépôt se développe, gagnant aussi en profondeur, il s'étend à toute la cornée qui est recouverte de cette masse charnue. En outre il y a de l'iritis, de l'injection ciliaire et conjonctivale, ainsi que de la photophobie et de l'épiphora, et même du blépharospasme.

Dans la forme anesthésique, la destruction de l'œil est occasionnée par l'ectropion, la lagophtalmie, des ulcères de la cornée et très souvent de la xérophtalmie. En outre, le Dr Lorand a pu observer dans la xérophtalmie, au-dessus de la cornée, une couche brillante presque semblable à de la nacre, et les malades pouvaient encore distinguer le jour de la nuit.

Dans toute la Suède il y aurait, d'après les renseignements recueillis par le Dr Lorand, 462 cas connus de lèpre. Le chiffre le plus élevé paraît se rapporter à la province d'Helsingland (57). D'après les procès-verbaux de cette province, il y aurait eu 412 cas entre les années 1864 et 1892.

Comme preuve de l'avantage de l'internement des lépreux dans les léproseries, le Dr Lorand cite les faits suivants.

Après la construction de la léproserie de Jerfsö, on a constaté les modifications suivantes dans le nombre des lépreux dans quelques communes d'Helsingland : dans l'espace de 12 ans, la diminution a été de 50 p. 100. Dans la commune de Jerfsö il y avait, en 1879, 23 cas; en 1881, 16 et en 1885 seulement 12.

Selon le Dr Lorand, il ne saurait être question de lèpre importée en Suède, parce que le plus petit nombre se trouve dans les provinces limitrophes de la Norvège, tandis que la plupart sont dans le cœur de la Suède, en Dalékarlie ou dans l'est en Helsingland. Il fait en outre remarquer qu'il n'y a point de travaux sur la lèpre en Suède. Il n'a paru dans ce pays que deux petites brochures sur cette question, l'une du Dr Œhrn sur les cas d'Helsingland, l'autre du Dr Sederholm, dermatologiste très connu en Suède, sur les cas observés en dehors d'Helsingland.

Quant à la lèpre en Norvège, le Dr Lorand dit que, de 1,377 cas en 1885, il n'y a plus cette année qu'un nombre bien moindre, tandis qu'en 1870 on en comptait 2,607. Sur 238 lépreux qu'il a vus en Suède et en Norvège,

il n'a trouvé que deux enfants, qui étaient les plus jeunes de tous les lépreux de Norvège. L'un avait 9 ans et l'autre 12 ans; tous les deux étaient à Reitgjärdet. Les enfants paraissent être assez peu prédisposés à devenir lépreux. Relativement aux professions, il y avait en 1890 sur 505 malades, 144 propriétaires de métairie, 124 paysans et seulement 25 pêcheurs et marins. Si l'on réfléchit que la lèpre sévit principalement sur les côtes, il est extraordinaire de trouver si peu de pêcheurs parmi les lépreux. Le Dr Lorand cite encore plusieurs cas de contagion de lèpre à Jerfsö, Reitgjärdet et Molde.

Les lépreux supportent très bien l'isolement. Le Dr Lorand est convaincu que la lèpre est une maladie contagieuse, dont l'origine par contagion est favorisée peut-être par une disposition individuelle héréditaire, mais aussi certainement par de mauvaises conditions de nourriture et d'habitation, ainsi que par l'absence de soins de propreté.

Séance du 25 octobre 1893.

Présidence de M. Neumann

Pemphigus végétant.

M. Neumann. — Il s'agit d'une femme de 35 ans. La maladie existe depuis 5 mois; elle a commencé sur la muqueuse buccale du côté droit, plusieurs médecins ont considéré cette affection comme étant de nature syphilitique. Sur les grandes lèvres et les plis génitaux cruraux, plaques circonscrites, rouge chair, légèrement saillantes, mamelonnées, entourées par un liséré épidermique macéré, sous forme de lignes serpentines. Au pubis, vésicules du volume d'un grain de chènevis. Au-dessous de l'ombilic, plaque humide, de la dimension d'une lentille; à sa périphérie l'épiderme est soulevé. Au-dessous du mamelon gauche, plaque saillante de l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent, recouverte de croûtes, au-dessous, proliférations et à la périphérie soulèvements épidermiques bulleux à caractère également serpigineux. Sur les muqueuses labiale et buccale, exsudats jaune sale. Les commissures des lèvres et des paupières présentent des lésions analogues, elles sont fendillées et le siège de vésicules rompues. Sur le palais et le voile du palais l'épithélium est exfolié en plusieurs points. La langue est tuméfiée, fendillée, conservant sur les bords l'impression des dents. Examen du sang: hémoglobine 85 p. 100; corpuscules rouges du sang, 4,100,000; corpuscules blancs, 16,000; cellules éosinophiles plus nombreuses, le liquide des bulles consistant presque entièrement en ces cellules.

Ces lésions se distinguent essentiellement des plaques humides en ce que leur progression se fait par un bord nettement serpigineux. Tandis que celles-là représentent des proliférations dures, on a affaire ici à un tissu mou. Ce qui rend ce cas intéressant, c'est qu'il est à la période initiale. Chez bon nombre de malades, on ne trouve d'efflorescences que sur la muqueuse labiale et sur le bord des grandes lèvres. Il rappelle à ce propos le cas d'une femme âgée, avec efflorescences sur les organes génitaux, lesquelles avaient un aspect analogue à celui de plaques humides; seulement l'affec-

tion prit une marche serpigineuse. Dans le premier cas soumis à mon observation, les plaques, légèrement sanguinolentes, rouge chair, étaient situées dans le creux des aisselles ; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'il survint des bulles isolées sur le bras et les organes génitaux. Les malaises étaient surtout prononcés au niveau de la muqueuse bucco-nasale, la déglutition était difficile. Dans une affection où le liquide des bulles se décompose si rapidement, il est facile de comprendre que le corps papillaire prolifère rapidement. C'est le neuvième cas que l'auteur a observé ; dans ce nombre, il y avait deux hommes et sept femmes ; l'issue a toujours été fatale.

Ulcères vénériens ?

M. Nobl présente un malade du service de Lang, lequel est venu à la consultation gratuite pour des ulcères des avant-bras. Lang les regarda comme des ulcères vénériens par inoculation. Un examen plus attentif démontra que ce malade était atteint d'une sclérose vénérienne ulcérée du sillon balano-préputial qu'il aurait contractée quatre semaines auparavant. Quant à la provenance des ulcères des bras, il dit qu'il y a quinze jours, il est tombé dans un carreau de vitre et s'est fait ainsi plusieurs coupures profondes avec hémorrhagie abondante. Ces plaies, lavées avec du vinaigre, seraient guéries depuis huit jours : à cette époque, il remarqua sur quelques plaies, non encore entièrement cicatrisées, des points ulcérés, avec suppuration, qui progressèrent rapidement et atteignirent en cinq jours les proportions actuelles.

Sur la face externe des deux avant-bras on voit, au niveau de leur tiers inférieur, de nombreuses cicatrices linéaires, encore rouges, ayant jusqu'à 7 centim. de longueur, des ulcérations isolées et s'entre-croisant, plus ou moins larges, avec bords saillants, dentelés, légèrement décollés et à fond inégal, purulent ; quelques-unes de ces ulcérations étaient indurées. La plupart d'entre elles se terminaient par des cicatrices linéaires de 1 à 2 centim. de longueur, qui avaient la direction de l'axe longitudinal des ulcères, et correspondaient aux parties guéries des plaies. Les ganglions cubitaux des deux côtés sont engorgés, à droite très sensibles à la pression. Il existe, en outre, une intumescence modérée des ganglions axillaires de chaque côté.

M. Lang fait remarquer que, d'après la date, il serait bien possible qu'il s'agisse ici non d'ulcères vénériens simples mais du développement d'une sclérose. L'observation ultérieure permettra de trancher la question.

Gomme du mollet.

M. Nobl. — Il s'agit d'une femme de 26 ans, atteinte d'une gomme du mollet gauche, de la grosseur du poing d'un homme ; cette gomme, qui était le siège de nombreuses ulcérations, s'étendait jusque dans les muscles. On fit des greffes cutanées au commencement de juin, d'après le procédé de Thiersch. Le commencement de la maladie remonte à 1891. En juin de cette même année, cette malade était atteinte d'exanthème papuleux, de plaques aux organes génitaux, de restes de sclérose et de plaques amygdaliennes : on prescrivit alors des injections de sozojodolate de mercure

(huit injections). Dès le mois de septembre de cette année, il survint des récidives sous forme de gommes multiples. Depuis lors, récidives presque ininterrompues, le plus souvent d'éruptions gommeuses, à ce point que cette malade est depuis trois ans traitée à l'hôpital, avec de très rares interruptions. Fin avril de cette année, elle entra de nouveau dans le service pour une gomme volumineuse, à bords durs, calleux, présentant de nombreuses fissures ; elle siégeait sur la face interne du mollet gauche. En dépit d'un traitement antisyphilitique de plusieurs mois, il n'y avait aucune tendance à la guérison. En outre, gommes ulcérées, dont quelques-unes atteignaient la grosseur d'une noix, disséminées sur la face externe de la jambe gauche. Au commencement de mai, on enleva la gomme : il en résulta une plaie de 12 centim. de longueur, de 8,5 centim. de largeur et de 3 centim. de profondeur.

Lorsque la base de cette perte de substance fut envahie de granulations luxuriantes, on la recouvrit de lambeaux épidermiques pris sur la face externe de la jambe droite. Au bout de quinze jours, les lambeaux étaient adhérents, et trois semaines plus tard, la malade pouvait se promener avec un bandage de flanelle. Depuis cette opération, quatre mois se sont écoulés et il ne s'est produit aucune modification sur la partie opérée, quoique la malade, qui marche beaucoup, ne porte aucun bandage. Actuellement, elle est encore en traitement pour un infiltrat du front en voie de guérison.

M. Lang. — Dans ces cas, il est utile d'intervenir chirurgicalement. Sans cette intervention, le processus local aurait pu persister encore longtemps, et on aurait eu une cicatrice en mauvais état. L'infiltrat gommeux, qui pénétrait jusqu'à la masse musculaire, aurait présenté pour la guérison des conditions défavorables, si on n'avait pas fait d'opération ; toutefois ce traitement chirurgical laisse la malade aux prises avec la syphilis.

M. Schiff a cité l'année précédente un cas d'ulcération étendue de la jambe, que Gersuny a traité par le même procédé. Depuis neuf mois il n'y a pas eu de récidive. Schiff a, depuis, fait d'autres greffes cutanées, dans la scrofulodermie chez de jeunes sujets, toutes avec un brillant succès.

M. Neumann. — On avait fait dans ma clinique à cette malade 145 frictions. Je constatai déjà à ce moment que parfois le sang était saturé de mercure, d'où il résultait un arrêt dans la marche de la maladie. Tandis que tous les autres ulcères étaient cicatrisés, celui de la jambe persistait. Dans cet état, elle essaya de se suicider, et on fut obligé de la conduire dans une clinique psychiatrique.

Érythème ?

M. Kaposi. — A propos du petit garçon qu'il a présenté dans la séance précédente et qui était atteint d'une éruption aiguë de nature intéressante, datant de trois à quatre semaines, il appelle l'attention de la société sur une malade ayant des papules analogues, mais chez laquelle les formes du début ne pouvaient être reconnues (papules de la dimension d'une lentille à celles d'une pièce de 20 centimes, rouge bleu au centre). Cette femme est restée plusieurs mois à la clinique. Nous pûmes observer la régression physiologique, ainsi que celle provoquée par des applications

locales ; pendant longtemps les vaisseaux ne purent reprendre leur tonicité. Nous lui donnions de l'arsenic à la clinique, et à son départ nous lui avons conseillé d'en continuer l'usage. Actuellement, on voit sur les bras et les jambes une éruption qui a l'aspect d'un psoriasis en voie de résolution ou d'un eczéma squameux. Il n'y a pas d'efflorescences proprement dites ; par contre, sur le sein gauche et sur le sternum, il existe toujours quelques papules qui correspondent aux follicules, et qui pâlissent sous la pression du doigt; cet état rappellerait le lichen ruber. Mais si on réfléchit que de prime abord le tableau n'était pas le même, mais que peu à peu il se développa des efflorescences isolées des foyers cyanosés au centre, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, il faut maintenir le type de l'érythème. A cela viennent s'ajouter encore des épaississements calleux de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds. Il m'est impossible de bien m'expliquer ces cas. Je renvoie au cas du jeune marchand de viande fumée, à qui plusieurs mois furent nécessaires pour sa guérison, et chez lequel également, l'amas d'épidermique était très considérable, et dont le processus ne disparut que dans ces derniers temps. L'arsenic, chez cette femme, me parut amener rapidement de l'amélioration ; il en fut de même chez l'enfant présenté dans la dernière séance, auquel un médecin avait prescrit la solution de Fowler. Je me souviens un enfant qui resta plusieurs mois à la clinique ; il était du reste malade depuis un an ; il ne présentait pas d'efflorescences, seulement de la desquamation. Je rappellerai, en outre, les formes décrites par Besnier sous le nom d'érythrodermie. Ces formes se développent d'une manière aiguë, on peut y reconnaître le type de l'érythème, elles ont une marche diffuse très rapide. Les symptômes varient avec une excessive rapidité. Le plus souvent, l'évolution totale du processus exige des semaines et des mois.

Psoriasis généralisé.

Je voudrais, à l'occasion de ces cas, présenter à la Société un malade atteint de psoriasis généralisé avec affection intense de la paume des mains et de la plante des pieds. L'épiderme est toujours tendu, avec rougeur uniforme.

Sur les membres, la tuméfaction œdémateuse diminue peu à peu ; elle était si intense qu'il fallait s'abstenir d'appliquer les remèdes habituels. Tandis qu'autrefois, nous étions obligés d'avoir recours à des pansements émollients et compressifs, la maladie actuellement en est à ce point qu'on peut employer alternativement l'huile de cade, la pommade de Wilkinson et l'acide pyrogallique. Quant aux mains, sur lesquelles le malade met depuis quelques jours des gants de caoutchouc, l'épiderme commence à macérer, de sorte qu'actuellement il s'en sert un peu. Je me rappelle un malade chez lequel, dès qu'on appliquait un emplâtre émollient, il survenait immédiatement une dermatite. Chez notre malade, les mains sont actuellement d'une pâleur cadavérique, froides, avec quelques traînées rouges. En certains points, la callosité est encore très épaisse, à ce point qu'elle exerce même une compression qui met obstacle à la circulation.

M. Hebra appelle l'attention sur une observation qu'il a eu l'occasion

de faire dans deux cas, il y a quinze ans, sur l'influence de l'arsenic dans les callosités de la paume des mains et de la plante des pieds. Chez la fille d'un instituteur, atteinte de callosités de ce genre, le processus était accompagné d'hyperhidrose, sans qu'il fût possible cependant de reconnaître une cause certaine. L'année dernière, à l'occasion du Congrès, Pringle vit cette malade, et considéra la callosité comme la conséquence de la médication arsenicale; Wilson avait déjà fait cette observation.

Depuis environ un an on a cessé l'arsenic et l'état s'est si notablement amélioré que Hebra ne met plus en doute que l'arsenic ne soit la cause des callosités. Les mains, autrefois gris ardoisé et recouvertes de nombreuses grosses verrues, devinrent de plus en plus pâles, les callosités de plus en plus petites. Il y a quelques mois, il a donné pour un autre motif de la solution de Fowler à un malade. Six semaines plus tard, celui-ci accusait des douleurs dans la paume des mains et la plante des pieds, la marche était difficile, même impossible. On cessa la solution de Fowler et au bout de huit jours le malade put de nouveau marcher; huit jours plus tard les douleurs disparurent. L'emplâtre salicylé ne donna aucun résultat. La résistance des nodosités à tout traitement, comme l'indique Kaposi, a conduit l'auteur à ces conclusions.

M. Kaposi dit qu'il y a des psoriasiques et des eczémateux qui ont d'énormes callosités de la paume des mains et de la plante des pieds, avant d'avoir pris de l'arsenic; on observe cet état dans tous les cas à hyperhémie chronique, avec ou sans exsudation simultanée. Quant à la possibilité d'une semblable action de l'arsenic, il ne veut émettre aucune opinion; toujours est-il qu'une production si considérable de callosités a pour cause un épiderme primitivement épais qui se détache difficilement, comme on l'observe d'une manière évidente dans la variole. Il serait intéressant de savoir si des observations ultérieures donneront des points de repère pour l'opinion qui vient d'être exprimée. Chez la malade citée par Hebra, la nutrition générale pourrait avoir amené une amélioration telle que l'hyperhidrose avait disparu.

M. Hebra. — Tout le monde connaît des cas d'hyperhidrose dont les uns cessent d'eux-mêmes, les autres persistent une grande partie de la vie, disparaissent d'une manière absolue ou pas du tout, mais ne s'accompagnent jamais de callosités. Il ne voudrait donc pas réunir les callosités et l'hyperhidrose. Mais si, avec l'administration de l'arsenic, il survient une callosité dont la disparition coïncide avec la cessation du remède, le fait est certainement à retenir. De nombreuses observations seraient nécessaires pour arriver à une conclusion.

M. Neumann. — Ce serait un fait nouveau de voir l'arsenic déterminer un épaississement de l'épiderme. Jusqu'à présent, on savait seulement que l'arsenic amène un amincissement de l'épiderme qui se manifeste déjà après six à huit semaines.

Il faudrait admettre que dans ces cas l'arsenic provoque une hyperhémie au point de son élimination qui, il est vrai, détermine des phénomènes subjectifs quand par hasard il existe des callosités.

M. Ehrmann. — Cette action de l'arsenic dépend certainement aussi de l'individu atteint. Il voudrait faire intervenir ici l'influence du système

nerveux. On sait que les cors et l'hyperkératose de la paume des mains et de la plante des pieds peuvent être sous la dépendance de certaines affections nerveuses. Il cite à ce sujet un cas de tabes avec démence consécutive qu'il a observé. Chez quelques individus, l'innervation pourrait être diminuée par l'arsenic, et son action sur l'axe gris de la moelle dorsale provoquerait plus facilement des hyperkératoses de ce genre.

Syphilis.

M. Neumann présente deux filles, deux vierges intactes, attardées dans leur développement. L'une a des gommes du pharynx et des cicatrices après une kératite interstitielle. La luette et une portion du voile du palais manquent, les arcs postérieurs du palais sont en partie détruits, en partie confondus avec la paroi postérieure du pharynx. Sur cette paroi un ulcère à fond jaune gris, de la dimension d'une pièce de deux francs, avec proliférations mamelonnées. Sur les cuisses, traînées cicatricielles longitudinales, n'ayant rien de caractéristique. L'autre fille présente des gommes en groupes de la jambe et de l'avant-bras. Bien que sur les organes génitaux il n'y ait aucune trace d'une affection primaire, on ne saurait penser à la syphilis héréditaire tardive, parce que pour cela il faudrait connaître les parents et observer les enfants dès leur naissance. Par conséquent on ne peut démontrer la syphilis tardive que dans un très petit nombre de cas; toutefois, il est impossible d'exclure une influence de ce genre.

Problème?

M. Kaposi fait une communication sur un malade qu'il a présenté dans la dernière séance. Pendant quelques jours il survint des éruptions analogues, sous forme de papules en général allongées, rouge vif; beaucoup de ces papules étaient le point de depart de bulles, dont le volume dépassait celui d'un pois, remplies d'un liquide clair comme de l'eau, parfois mélangé de sang, d'autres fois trouble. Dans les régions où il y avait de plus grosses bulles, comme dans la région inguinale, il se produisit de la nécrose, les masses nécrosées se détachèrent en laissant après elles une surface à bords très nets, avec granulations rouges qui se cicatrisaient en plusieurs points.

En bon nombre d'endroits, les enveloppes des bulles et leur contenu se desséchaient en croûtes aplaties, d'autres papules persistaient plusieurs jours ou devenaient plus pâles. Le jour suivant, enveloppement dans des draps humides.

Les phénomènes inflammatoires cédèrent rapidement, mais bientôt la température s'éleva de nouveau à 40° et au-dessus, se maintint constamment entre 39° et 40° C. Sur la langue, érosions épithéliales, pas de nécrose, pas de pertes de substance profondes. On a fait des cultures avec le contenu des bulles. Selon Gruber, cette affection rappellerait la morve. Mort. A l'autopsie, organes internes tout à fait normaux. Les cultures donnèrent des bactéries courtes, larges, que Gruber ne put classer. Ce cas est donc jusqu'à présent obscur; Kaposi, dans le cours de sa vie, n'a rien vu de semblable et n'a pas trouvé non plus dans la science un cas analogue.

M. Lang avait pensé que peut-être le malade était alcoolique et par conséquent disposé aux hémorrhagies. Dans les cas de ce genre, on devrait toujours songer à une affection septique ou à une anomalie constitutionnelle.

M. Kaposi fait remarquer que les hémorrhagies ne constituaient nullement un symptôme si frappant.

M. Neumann. — En raison de la présence prolongée d'efflorescences papuleuses à côté de pustules et de plaques gangréneuses, ce cas est unique. Il rappelle les cas décrits par Stokes, dans lesquels des bulles à contenu hémorrhagique survenaient chez des enfants, surtout chez ceux à toux convulsive, sur la peau du menton, dans la région mastoïdienne. Ces bulles se desséchaient, la croûte tombait, et au-dessous on voyait des ulcères ayant l'aspect d'ulcérations syphilitiques. En outre, chez des enfants avec impétigo gangréneux, on voit apparaître d'abord des bulles, des pustules, qui se dessèchent au bout de quelques, et après la chute des croûtes il reste des ulcères profonds.

Séance du 8 novembre 1893.

Présidence de M. Neumann

Pemphigus végétant.

M. Neumann présente la malade atteinte de pemphigus végétant, qu'il a montrée dans la séance précédente. Depuis lors, l'état s'est peu modifié, seulement il est survenu des efflorescences sur la conjonctive, outre de nouvelles poussées dans la cavité buccale. Un fait particulièrement intéressant c'est que, dans la région ombilicale, après la chute de l'enveloppe des bulles, il est resté deux plaques rouge chair, du centre desquelles il s'est développé, dans l'espace de quinze jours, des proliférations papillomatiformes, ayant les caractères d'un véritable pemphigus végétant. Il existe des proliférations semblables sur les organes génitaux, des efflorescences sur la muqueuse du vagin, surtout sur les colonnes. État du sang : 16,000 globules blancs ; 4,100,000 corpuscules rouges ; hémoglobine, 87 p. 100.

Sclérose exulcérée chez un enfant.

M. Schiff présente un enfant ayant à l'orifice de l'urèthre un infiltrat dur, à surface lardacée, qu'il regarde comme une sclérose exulcérée. Père et mère sains ; l'enfant s'est trouvé souvent en contact avec des personnes étrangères, principalement des enfants.

M. Kaposi. — Il ne faut pas faire d'une manière aussi stricte le diagnostic de sclérose, la responsabilité est grande, surtout chez les enfants chez lesquels on trouve très souvent, même à la suite de l'eczéma, sur les plis génitaux cruraux et dans la région anale, des eschares circonscrites et de la gangrène avec infiltrats correspondants. Il faut être plus réservé, quand bien même les ganglions sont engorgés, car on observe aussi ces tuméfactions ganglionnaires dans les inflammations non spécifiques. Il serait tout au plus disposé à croire que dans ce cas il s'agit d'une espèce de décubitus épithélial.

M. Neumann. — La partie malade de l'urèthre a l'aspect d'une papule humide, mais le diagnostic de cette papule seule est impossible. On peut cependant éliminer avec certitude la syphilis congénitale ou héréditaire. Deux plis infiltrés de l'anus indiquent une maladie ancienne. Toutefois il faut observer l'enfant ultérieurement et l'examiner avec le plus grand soin, notamment la cavité buccale, avant de porter un jugement.

M. Lang est également d'avis de tenir l'enfant en observation. Le petit malade a en outre un très léger purigo avec lequel les efflorescences urticariennes qui se trouvent sur le corps peuvent être en rapport.

M. Ehrmann a, il y a quelques années, chez un enfant de 4 ans, pratiqué la circoncision pour un phimosis très prononcé. Il existait à la face interne du prépuce des plaques semblables, mêlées à de petits condylomes acuminés. Elles disparurent complètement après dessiccation du prépuce, sans laisser aucune trace. On pourrait peut-être essayer le même traitement chez ce petit malade.

Sclérodermie.

M. Kaposi présente une femme atteinte de sclérodermie. Sur toute la surface cutanée, il existe des foyers disséminés, dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs en argent et même plus : c'est là une forme exceptionnelle, attendu qu'on trouve d'ordinaire des plaques isolées ou qui suivent le trajet des vaisseaux. Nulle part de sclérodermie diffuse ; les foyers se trouvent à des phases différentes : quelques-uns d'un aspect brillant, lardacé, sont en voie de développement, d'autres, à l'état de sclérème de la peau en voie de cicatrisation, tendent à disparaître. Il est difficile de porter un jugement sur la durée de cette affection, parce que les malades, en raison de leurs vêtements, ne remarquent pas dès le début ces modifications de la peau. Kaposi n'a encore jamais observé qu'un malade présentant d'aussi nombreux foyers isolés.

La malade atteinte de sclérodermie généralisée qu'il a présentée l'année dernière se trouve actuellement mieux, à la suite d'un traitement émollient. Maintenant, à l'automne, la sclérodactylie a de nouveau augmenté.

M. Neumann. — Ce cas est unique. La plupart des foyers en sont encore à la phase saillante, où l'on peut attendre une amélioration. Il a vu récemment un cas intéressant de sclérodermie chez une femme, avec lésions de la face, du pharynx et du larynx; la malade a eu quelquefois des accès d'oppression. Le traitement a consisté en massage et en applications chaudes.

M. Ehrmann cite un cas où le massage a donné d'excellents résultats : il s'agissait d'une fille de 11 ans, qui avait sur la peau, depuis des années, quelques plaques de sclérodermie. Cette enfant avait depuis son enfance une constipation très opiniâtre ; un de ses collègues qui a observé de nombreux cas de sclérodermie a fait la même remarque. On peut se demander s'il existe un rapport entre les deux états.

Molluscum fibreux.

M. Spiegler présente un homme dont la tête est envahie par de nombreuses tumeurs demi-sphériques, qui cliniquement ont l'aspect du mol-

luscum fibreux. Deux tumeurs semblables sur le dos. Sur la tête, nombreuses exulcérations. Kaposi a tout d'abord pensé qu'on avait affaire à une tumeur relativement bénigne, exulcérée par suite de macération et d'irritation, en voie de transformation maligne. L'examen microscopique de plusieurs de ces tumeurs révéla chez toutes la structure d'un cylindrome. L'auteur n'a pas trouvé dans la science la description d'un cas analogue. La maladie existe depuis quarante ans.

Érythème mercuriel.

M. Finger présente un homme atteint d'érythème mercuriel. Il y a dix jours, injection de salicylate de mercure ; deux jours après, érythème généralisé avec violent prurit ; le malade aurait eu aussi de la fièvre.

M. Ehrmann a décrit il y a peu de temps un cas dans lequel, après une cure de frictions et des injections d'huile grise, il survint un érythème semblable, mais non après l'administration interne du mercure.

Érythème argentique.

M. Hebra a vu il y a quelques jours un malade qui, consécutivement à une injection très faible de nitrate d'argent dans l'urèthre, eut un érythème scarlatiniforme considérable, accompagné de fièvre. Il survint en outre une complication assez rare, à savoir une affection du cuir chevelu, ressemblant à un eczéma, humide, mais sans rougeur de la base, avec de nombreuses vésicules. La sécrétion est à ce point abondante qu'elle coule sur la figure et les oreilles. L'orateur comparerait volontiers cette affection à un herpès fébrile et la désignerait sous le nom d'herpès du cuir chevelu. Sous l'influence seule de l'expectation, elle disparut en quelques jours, ainsi que l'érythème.

Prurit de la région pubienne.

M. Finger présente un malade atteint depuis deux ans de prurit de la région pubienne. On ne trouve pas ici les causes habituelles de cette affection. En même temps il est atteint d'une neurasthénie sexuelle qui coexiste souvent ; les érections manquent presque complètement, les éjaculations sont précipitées, souvent douloureuses. Le gland est anesthésié, la muqueuse uréthrale hyperesthésiée. Cette espèce de neurasthénie s'observe chez les individus adonnés à la masturbation, chez les hommes mariés qui pratiquent le coït interrompu, chez les individus atteints d'uréthrite postérieure et de prostatite. Ce malade avait aussi une uréthrite avec épididymite du côté gauche. La sécrétion uréthrale contient de nombreux corpuscules de pus. Ce prurit, lié à de la neurasthénie sexuelle, se rencontre surtout dans la région anale, plus rarement au pubis. Son origine se rattache à la neurasthénie ; ces deux affections disparaissent sous l'influence du même traitement. L'herpès préputial est aussi en connexion avec la neurasthénie sexuelle, il survient particulièrement après des actes sexuels. Il existe donc deux centres pour ces phénomènes d'irritation, un dans la prostate, l'autre dans la moelle épinière. Souvent il suffit de recommander aux malades l'abstinence sexuelle pour que le prurit s'améliore aussi.

M. Ehrmann. — Il y a toute une série de malades qui se plaignent de douleurs, en apparence sans motifs, dans la région inguinale ; ces malades sont atteints de blennorrhagie, de bubon, de hernies au début. Une grande partie d'entre eux ont un pied plat. Les douleurs proviennent évidemment de ce que la position du pied modifie aussi celle de la jambe dans l'articulation coxo-fémorale et provoque probablement ainsi des tiraillements des nerfs. Chez beaucoup de ces malades on trouve de l'herpès génital et toujours du côté du membre sur lequel le malade s'appuie ; ce sont en général des personnes obligées par leurs occupations de se tenir debout. Souvent aussi il existe un point sensible circonscrit sur la branche horizontale du pubis ; il s'agit sans doute dans ces cas d'une inflammation circonscrite du périoste.

Pemphigus foliacé.

M. Kaposi. — Il s'agit d'une femme entrée à la clinique il y a douze jours, atteinte de pemphigus foliacé serpigineux s'étendant à la muqueuse buccale, avec salivation très abondante. Tandis que les foyers recouverts de squames lamelleuses sont en voie de réparation, sous l'influence d'un traitement approprié, on voit sur l'amygdale gauche une masse nécrosée discoïde nettement circonscrite, à savoir le foyer d'une bulle de pemphigus foliacé. Comme le pemphigus commence souvent sur la muqueuse et s'y manifeste même sous forme de poussées, sans qu'il y ait des bulles sur la peau, le diagnostic est parfois difficile, surtout dans les cas où on ne peut pas observer les malades pendant longtemps.

Lichen plan.

M. Neumann présente une femme de 54 ans atteinte de lichen plan. Sur les membres supérieurs et inférieurs, le tronc, les lombes, le dos et la région du sacrum, sur la face dorsale des mains et des pieds, même à la plante des pieds, il existe des papules de la dimension d'une lentille, rouge pâle, avec ombilic central, et recouvertes de squames très adhérentes ; aux jambes et sur le dos elles ont une coloration rouge livide ; entre ces papules, principalement autour des poignets, nombreuses efflorescences miliaires récentes. Traces de grattage, pigmentations. Injections de goudron avec la solution de Fowler (4 sur 20). Sur les jambes, et surtout à la plante des pieds, l'affection a tout à fait l'aspect d'un psoriasis syphilitique.

M. Lang rappelle que jusqu'à présent on n'a pas présenté de malade ayant en même temps un lichen ruber acuminé et un pityriasis pilaire ou un tableau morbide montrant la transition d'une de ces maladies dans l'autre.

Ulcères aphteux.

M. Neumann présente une malade transférée à la clinique pour des ulcères vénériens. Un examen plus attentif a montré qu'il s'agissait d'ulcérations aphteuses de la vulve et de la face interne des grandes lèvres. Cette malade est vierge. La présence de ces ulcères est souvent liée à des aphtes de la muqueuse buccale ; le plus souvent cette affection atteint des servantes qui couchent sur de la paille pourrie ou du foin. Si les ulcères

augmentent, il survient des érythèmes sur la région fessière, les cuisses, semblables à l'érythème papuleux.

M. Hochsinger demande si ces ulcères aphteux sont identiques comme étiologie à la stomatite aphteuse des enfants, à laquelle cette affection ressemble beaucoup. On sait que cette stomatite des enfants est due au staphylocoque.

M. Neumann. — La stomatite aphteuse apparaît simultanément avec des ulcères aphteux généralisés sur la portion vaginale du col et sur les organes génitaux externes. Il y a une deuxième forme chez les adultes, consistant en ulcères aphteux isolés, douloureux, profonds; on les rencontre, par exemple, chez des sujets atteints de catarrhe de l'estomac. Dans les cas observés à la clinique de l'orateur, on a pu cultiver le staphylococcus aureus.

Arthrite blennorrhagique.

M. Höck présente deux malades atteints d'arthrite blennorrhagique métastatique. Le premier concerne un garçon né le 8 octobre à la clinique gynécologique; douze jours après, on constata une ophtalmie blennorhagique des deux yeux. Quatre jours plus tard l'enfant était relativement bien, lorsqu'il survint un gonflement de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Deux jours après, tuméfaction analogue du poignet du même côté; l'articulation du poignet droit était aussi tuméfiée, mais à moindre degré. Le 27 octobre, c'est-à-dire le lendemain, ulcération de l'œil gauche, suivie peu après de perforation. Dans la sécrétion des deux yeux, nombreux gonocoques. Le 28, on fait une ponction de l'articulation tibio-tarsienne gauche, d'où s'écoule une petite quantité de liquide séro-purulent dans lequel on trouve de nombreux gonocoques typiques. Une nouvelle ponction faite le 30 octobre dans la même articulation donne un résultat identique.

Le second cas est relatif à un garçon de trois semaines, atteint d'une ophtalmie blennorrhagique des deux yeux ; dans la sécrétion, nombreux gonocoques.

Le 6 novembre, tuméfaction de l'articulation du genou gauche, fluctuation évidente, fièvre modérée. Ce même jour, on fait une ponction qui donne issue à environ 2 c. c. d'un liquide séro-purulent dans lequel on constate la présence de nombreux gonocoques. Il s'agit donc de nouveau, dans ce cas, de métastases articulaires et, en réalité, de métastases uniquement blennorrhagiques, consécutives à une ophtalmie blennorrhagique. Depuis environ sept mois, l'orateur a observé quatre cas semblables.

M. Hochsinger signale un travail paru il y a peu de temps où, sur 100 cas, les gonocoques manquaient dans 40 cas. Dans ces derniers temps, Niehden a décrit un cas dans lequel un enfant, bien qu'il fût né avec les membranes intactes de l'œuf, eut une blennorrhagie; dans la sécrétion du vagin il n'y avait pas de gonocoques. On pourrait par conséquent se demander si, dans les cas présentés par Höck, il ne s'agissait pas d'autres micro-organismes.

M. Höck. — Relativement à la présence des gonocoques, l'époque de l'examen a une grande importance, car ils deviennent de plus en plus rares à mesure que l'infection est plus ancienne. Les cas dans lesquels on n'a

pas trouvé de gonocoques ne prouvent pas qu'il n'y en eut pas auparavant.

M. Finger. — Chez les adultes, il y a deux formes d'arthrite blennorrhagique : l'une avec des symptômes aigus de pyémie, souvent avec terminaison fatale ; il s'agit dans ces cas d'infection mixte. On observe en outre des arthritides à marche aiguë qui, chez les adultes, se localisent de préférence dans les petites articulations. Elles commencent d'une manière aiguë par une tuméfaction modérément douloureuse, suivie bientôt d'une phase subaiguë très rebelle, qui amène la formation de tissu conjonctif. Cette néoplasie conjonctive s'observe partout avec le gonocoque, dans la blennorrhagie de l'homme ainsi que dans celle de la femme, dans les maladies des annexes, dans les péritonites.

M. Wertheim. — Même dans des parties ouvertes, comme l'urèthre de l'homme et la conjonctive, on ne trouve jamais, à côté des gonocoques, d'autres organismes, en dehors de ceux qui sont survenus accidentellement.

Bien plus, quand un individu atteint de blennorrhagie chronique contracte une blennorrhagie aiguë, les autres saprophytes disparaissent avec l'apparition des gonocoques ; il en est de même dans l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés. La question de l'infection mixte est en général tranchée d'une manière définitive, au moins pour beaucoup de lésions blennorrhagiques. Il n'est pas nécessaire de recourir à l'infection mixte, puisque le gonocoque seul peut provoquer la formation de tissu conjonctif. Dans les préparations de Höck, l'orateur n'a pu trouver, en dehors des gonocoques, un seul autre micro-organisme. Dans les cultures aussi, il ne se développe que des gonocoques.

M. Konigstein. — Il est très intéressant de voir de semblables inflammations purulentes des articulations provoquées par suite des blennorrhagies de la conjonctive et que, d'autre part, on n'ait pas réussi jusqu'à présent à mener à bien une inoculation convenable avec du virus blennorrhagique dans la chambre antérieure. Dans ces expériences, il se produit au bout de vingt-quatre heures un caillot dans lequel on ne trouve pas de gonocoques. L'inflammation qui s'est produite là disparaît au plus tard en trois à quatre jours. S'il existe plusieurs espèces de tuméfaction articulaire, une éphémère et une de longue durée, il faut admettre pour l'ophtalmie blennorrhagique deux variétés de causes. Ceci naturellement ne préjuge en rien ce qui concerne l'infection mixte.

M. Wertheim. — Quant aux insuccès de l'inoculation dans la chambre antérieure, ils tiennent peut-être à la faible virulence des cultures ou à une autre circonstance. Dans l'inoculation de l'urèthre, le résultat a toujours été rapide : dès le troisième jour, il y avait une sécrétion purulente abondante.

Relativement à la possibilité des métastases, il faut tenir compte du travail de Leyden sur l'endocardite blennorrhagique. Dans les dépôts valvulaires, il n'y avait que des gonocoques : les uns avaient pénétré dans les tissus, les autres étaient intracellulaires.

M. Finger. — Quand on surinocule une culture pure, on inocule les ptomaïnes et les gonocoques. Les premières sont des agents certains d'in-

flammation, et leur action se traduit par de l'inflammation qui s'ajoute immédiatement à l'inoculation. Si les gonocoques sont virulents, ils sont à même de provoquer une inflammation.

M. Ehrmann a démontré par la méthode de coloration la présence de gonocoques dans des recherches faites dans les vaisseaux lymphatiques. On a déjà réfuté l'opinion de Neisser que les gonocoques ne peuvent végéter que dans l'épithélium.

M. Lang. — Il n'est pas douteux que des gonocoques peuvent déterminer des métastases. Il a présenté à la Société un cas de ce genre, avec un abcès du dos de la main. Cependant il ne faut pas uniquement rapporter les métastases aux gonocoques. Il faut opposer au cas de Leyden une observation bactériologique très exactement poursuivie par Weichselbaum, d'une endocardite ulcéreuse; ce cas eut une issue fatale. Un examen très attentif ne fit pas constater de gonocoques comme cause des métastases.

M. Wertheim ne conteste naturellement pas la possibilité d'une infection mixte.

M. Hochsinger ne voudrait pas mettre en question la nature étiologique de l'affection articulaire, quant à sa connexion avec le gonocoque. Cette affection a une grande ressemblance avec une autre maladie qu'il a observée plusieurs fois chez des enfants, qui présentaient en même temps une exulcération ou érosion de l'ombilic. Il existait dans ces cas des métastases articulaires; la porte d'entrée de l'infection était sans doute la région ombilicale. Il n'est pas sans intérêt de comparer ces cas avec celui présenté par Höck, parce que, sous l'impulsion d'Epstein, on a cherché récemment si la blennorrhagie de l'ombilic n'était pas de nature gonococcienne.

A. Doyon.

CONGRÈS DE NUREMBERG

(*Suite.*)

SECTION DE DERMATOLOGIE

Diagnostic et traitement de la blennorrhagie de l'homme.

M. Kollmann entre dans de grands détails sur l'importance de l'examen endoscopique. Il ne méconnaît pas l'utilité de la recherche des gonocoques. Mais si leur présence constitue une indication décisive, leur absence n'est nullement encore un signe de guérison, tandis que l'endoscopie permet de reconnaître toute modification morbide, même la plus légère, de l'urèthre. En outre, l'endoscopie est seule à même d'établir un diagnostic local exact de la blennorrhagie et de rendre possible un traitement local antibactérien et chirurgical précis. Kollmann n'emploie la méthode endoscopique d'une manière régulière que dans les inflammations chroniques et subaiguës de l'urèthre antérieur; dans celles de la portion postérieure, au contraire, que s'il y a des indications tout à fait spéciales.

Sans avoir de statistique exacte, il croit que, dans la plupart des blennorrhagies qu'il a examinées, la sécrétion venait uniquement de la partie antérieure.

La traitement varie suivant qu'il existe des infiltrats d'une nature

quelconque, ou simplement un catarrhe des glandes de l'urèthre. Dans le premier cas : dilatations par le procédé d'Oberländer, alternées avec des irrigations (acide borique, nitrate d'argent) ; dans le second cas : traitement direct des glandes malades avec des injections, le bistouri, le galvanocautère ou l'électrolyse. Kollmann cite encore le traitement galvanique et faradique intra-uréthral qu'il a employé à plusieurs reprises dans la neurasthénie sexuelle, la prostatorrhée, la spermatorrhée. Il conseille des courants faibles ; pour le courant galvanique, ne pas en général dépasser 5 m. a.

Discussion : M. Galewsky partage entièrement l'opinion de Kollmann sur l'emploi de toutes les méthodes de traitement. Avec la dilatation, il n'a pas eu les mêmes succès que l'orateur précédent.

M. Lang. — Les uréthroscopes usités jusqu'à présent avec éclairage artificiel sont d'un maniement trop difficile.

On sait que cet auteur a indiqué pour l'uréthroscope un mode d'éclairage d'un emploi très facile.

Traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urèthre.

M. Görl emploie, pour l'électrolyse des rétrécissements, une batterie Leclanché de 10 éléments et des courants de 15 à 18 m. a. Son électrode consiste en une tige métallique isolée, sur laquelle est placée en avant, et d'une manière excentrique, une boule. Celle-ci est percée pour recevoir à son intérieur une bougie conductrice (Charrière n° 6).

Pour les cas où, en raison de l'étroitesse de l'orifice, on ne peut pas introduire l'électrode à boule, Görl a fait construire un autre électrode, dans lequel un fil épais de platine traverse le rétrécissement d'arrière en avant à l'aide de l'électrolyse. La durée de la séance varie suivant la nature, le siège et l'étendue du rétrécissement. Les rétrécissements les plus rebelles sont ceux dus à des plaies. Le rétrécissement résolu par l'électrolyse ne possède qu'une légère tendance aux récidives. Il survient, comme le montre l'endoscopie, à la place de la cicatrice ancienne, fortement réticulée, une cicatrice tout à fait délicate et facilement extensible. Quatre à cinq jours après l'électrolyse, on introduit tous les quatre jours des bougies pendant quatre semaines, et à partir du jour de l'opération on injecte un mélange d'acide borique et d'eau blanche.

Discussion : M. Lang n'emploie actuellement le plus souvent que des courants faibles, 2 à 5 m. a., ils sont presque toujours suffisants. Il ne trouve pas l'électrode à boule de Görl aussi rationnel que le sien ; l'électrode olivaire, mince à sa partie antérieure, permet une pénétration beaucoup plus facile du rétrécissement.

Pronostic de la blennorrhagie chronique et critérium de sa guérison.

M. Kopp. — Dans cinq cas de blennorrhagie chronique qu'il a observés avec soin, il admit la guérison parce que, après un traitement prolongé, de nombreux examens n'avaient pu faire découvrir de gonocoques. Cependant il survint dans ces cinq cas, après un laps de temps plus ou moins long, une récidive avec sécrétion contenant des gonocoques ; dans

trois cas, le malade infecta sa femme. Selon Kopp il n'y a certainement pas eu dans ces cas une infection récente. L'auteur réunit dans les paragraphes suivants le résultat de ses observations.

I. — Il est impossible de porter un pronostic absolument favorable de la blennorrhagie chronique. Certains cas sont réfractaires à tout traitement et restent non guéris pendant longtemps ou même toujours.

II. — Un nombre très considérable de blennorrhagies chroniques, traitées d'une manière rationnelle, sont guéries d'une façon durable. Le plus souvent il faut recommander un traitement chirurgical et, parmi les remèdes ayant une action chimique, en première ligne le nitrate d'argent.

III. — Alors même qu'il n'y a plus d'écoulement uréthral ni de symptômes de nature subjective, on n'est nullement autorisé à dire que la blennorrhagie chronique est guérie définitivement. En particulier s'il s'agit de mariage, il est absolument nécessaire de faire une série d'examens des filaments contenus dans l'urine ou de la sécrétion qui survient accidentellement, et même des résultats négatifs n'ont qu'une valeur relative. Toutefois, l'importance de ces données est d'autant plus grande que l'examen a été fait plus souvent.

IV. — L'importance des recherches de gonocoques est encore augmentée lorsque, après avoir provoqué la suppuration par irritation artificielle de la muqueuse uréthrale, cette suppuration est indemne de gonocoques.

V. — Le coït pratiqué en prenant des précautions et à titre d'essai, quand même il n'est pas suivi de réaction, ne saurait avoir une valeur décisive pour établir la guérison définitive d'une uréthrite blennorrhagique.

VI. — Mais en tout cas, pour décider si le mariage est ou non permis, le médecin est tenu à une très grande prudence et, selon Kopp, on ne peut porter le pronostic en tenant compte des précautions ci-dessus qu'avec une certaine vraisemblance, mais pour le médecin, il est préférable de décliner toute affirmation trop catégorique.

VII. — Puisqu'il est permis de supposer avec une grande vraisemblance que des foyers virulents localisés dans la muqueuse peuvent être le point de départ de la résurrection de blennorrhagies latentes depuis longtemps, « et puisque particulièrement les glandes, les lacunes et les cryptes du bulbe et de la portion prostatique sont suspectes à cet égard, le développement ultérieur des méthodes endoscopiques d'examen et de traitement permettra peut-être de porter un jugement certain, et des recherches ultérieures dans ce sens lui semblent désirables ».

Discussion : M. Köbner. — Les opinions de Kopp sont conformes à celles qui règnent à Berlin. Bröse avait déjà tellement mis en doute la valeur d'une décision basée sur l'absence de cocci que, poussant les choses à l'extrême, il a expliqué qu'il n'était pas nécessaire de procéder à cet examen microscopique qui, d'après lui, est pratiquement sans valeur en cas de doute. Des recherches de Kopp il ressort clairement qu'il est inadmissible de conclure à la guérison et de permettre le mariage en s'appuyant sur des examens microscopiques négatifs, quelque répétés qu'ils soient. En outre, Köbner propose de remplacer la dénomination tout à fait antique de « gonorrhée » par celle de « blennorrhagie » pour les

formes aiguës et par celle de « blennorrhée » pour les formes chroniques et, par suite, le mot gonocoque par celui de blennocoque.

M. Pick partage l'opinion de Köbner ; à sa clinique on n'emploie que la dénomination de blennorrhagie. On devrait, par contre, laisser la dénomination de cocci à celui qui les a découverts, à Neisser seul. Kopp était autrefois optimiste, il est devenu pessimiste relativement au pronostic de la blennorrhagie. Mais Köbner va trop loin, en ce qui concerne l'abandon de la recherche des gonocoques, en leur déniant toute importance. Si on reconnaît les gonocoques comme les agents pathogènes de la blennorrhagie, il faut ne pas renoncer à les rechercher, pas plus qu'on ne doit abandonner la recherche des bacilles tuberculeux dans la tuberculose parce que souvent cette recherche donne des résultats négatifs.

Séance du 12 *septembre.*

Syphilis de la partie supérieure des voies aériennes.

M. Seifert, rapporteur, traite le côté clinique de la question, tandis que le co-rapporteur s'est occupé de la syphilis de la trachée et de son traitement.

Le nez et ses cavités sont assez fréquemment envahis par la syphilis, rarement, il est vrai, par la syphilis primaire. L'auteur a pu trouver dans la science vingt-sept cas de chancres du nez : la plupart avaient leur siège sur l'aile du nez, quelquefois dans les fosses narines, le plus rarement sur la cloison. L'engorgement ganglionnaire concerne les ganglions sous-maxillaires correspondants et les ganglions auriculaires.

On observe bien plus fréquemment les formes précoces de la syphilis constitutionnelle. Le catarrhe syphilitique est, il est vrai, souvent méconnu et se distingue à peine du catarrhe nasal aigu simple. Les caractères différentiels sont les suivants : il ne survient pas aussi brusquement que celui-ci ; çà et là, principalement sur la cloison, apparaissent des taches érythémateuses sur lesquelles se développent parfois des papules ; enfin la sécrétion purulente abondante détermine facilement sa décomposition.

Le nez paraît être rarement atteint d'exanthème papuleux ou ce dernier est souvent méconnu. Seifert, malgré le nombre assez considérable de cas qu'il a observés, n'a jamais vu à l'intérieur du nez des condylomes bien formés ; par contre, des plaques aux orifices des fosses narines, et, le plus souvent, dans les cas où le tégument externe du nez était envahi par une syphilide acnéiforme.

Le plus ordinairement, ce sont des formes tardives qu'on rencontre sur le nez. Elles sont surtout fréquentes entre la première et la troisième année après l'infection. Sur la paroi externe, et principalement sur la face interne des ailes du nez, elles ne sont pas très rares, et l'auteur a lui-même observé plusieurs cas de ce genre. Elles ont quelquefois une grande ressemblance avec le lupus ou l'épithéliome, de sorte que l'évolution seule, sous l'influence d'une cure spécifique, assure le diagnostic. Il survient aussi des formes mixtes de syphilis et de tuberculose, ainsi que de lupus, de lèpre et de syphilis, de plus du carcinome sur des ulcères,

autrement dit des cicatrices syphilitiques. Les gommes à l'intérieur du nez entraînent, en général, la décomposition. Presque toujours il survient de la nécrose des os et des cartilages. Les cornets et la cloison osseuse deviennent souvent malades presque en même temps, la cloison un peu plus fréquemment. Le nez en lorgnette est la défiguration la plus fréquente. Cependant, il ne faut pas toujours la rattacher à la syphilis, on l'a quelquefois observée après des phlegmons du tissu cellulaire du dos du nez, ainsi qu'à la suite de la rhinite atrophique fétide qui se manifeste dans les premières années de la vie.

Les ulcères de la cloison présentent le plus souvent une forme longitudinale, ils ont l'aspect de sillons. Par là, ils se distinguent des ulcères tuberculeux, qui sont de forme arrondie ou irrégulière. Il faut encore tenir compte, pour le diagnostic différentiel, de l'examen histologique des parties malades.

Dans la cavité naso-pharyngienne, on n'observe que très rarement l'affection primaire, jusqu'à présent seulement dans quatorze cas, et chaque fois l'infection a été occasionnée par une sonde, à la suite du cathétérisme de la trompe. Les formes précoces de la syphilis constitutionnelle sont assez fréquentes dans la cavité naso-pharyngienne, mais elles sont aussi souvent méconnues. Outre l'érythème, qui est rare, il survient des papules ulcérées, avec ou sans papules semblables dans le nez et la cavité buccale. Les gommes naso-pharyngiennes apparaissent le plus souvent de huit à quinze ans après l'infection; on les observe aussi dans la syphilis héréditaire et même dans sa forme tardive. Pour les formes tardives, les sièges de prédilection sont le voile du palais, le pli salpingo-pharyngien, la paroi postérieure du pharynx; elles sont plus rares sur la cloison et la voûte nasale et au voisinage des orifices des trompes. Ce ne sont, le plus souvent, que les périodes avancées qui sont soumises à l'observation clinique. Au point de vue du diagnostic différentiel, il n'y a lieu que de s'occuper de la tuberculose. Toutefois, les ulcères tuberculeux ne pénètrent jamais aussi profondément et ont un caractère atonique, tandis que les ulcères syphilitiques sont sales, profonds, sans forme déterminée.

La pharynx est un siège relativement fréquent de l'affection primaire. Seifert a rassemblé 179 cas, dont 132 du 1er avril 1888 au 1er juillet 1893. La sclérose avait son siège 52 fois sur l'amygdale droite, 23 fois sur l'amygdale gauche, 12 fois les deux amygdales étaient atteintes; dans 62 cas, il n'est pas dit quelle est l'amygdale affectée; dans 24 cas, on indique le pharynx, dans 2 cas sa paroi postérieure, dans 2 cas le voile du palais, dans 2 autres l'arc glosso-palatin. Les symptômes sont : dysphagie, parfois douleur qui augmente par la pression exercée sur les parties avoisinant le chancre. Les ulcères sont presque toujours recouverts d'un dépôt lardacé, brun gris, les bords de la tumeur inégaux, durs, en zigzag, parfois semblables à des anneaux rigides ; les ganglions sous-maxillaires et maxillaires tuméfiés et durs. Quant à l'angine syphilitique et aux plaques muqueuses pharyngiennes, elles sont en général bien connues. Des gommes surviennent fréquemment sur les amygdales, ainsi que sur la paroi postérieure du pharynx. Les premières sont alors tuméfiées, il se produit des ulcères profonds, cratériformes, à marche

envahissante et peuvent occasionner des sténoses cicatricielles du pharynx. Sur la paroi pharyngienne postérieure, on observe des gommes plus volumineuses, qui peuvent constituer de véritables tumeurs ; elles se développent sans douleur ou forment des tuméfactions sur la paroi latérale ; elles ressemblent beaucoup à de simples engorgements hypertrophiques. On ne peut souvent faire le diagnostic différentiel d'avec la tuberculose et le lupus que par l'examen microscopique ou des circonstances accessoires.

Les données sont très variables relativement à la fréquence de la syphilis laryngienne. Elle serait d'environ 3 à 4 p. 100 de toutes les maladies du larynx. La plupart des cas s'observent à l'âge de 20 à 40 ans, tandis qu'elle est très rare dans l'enfance. On n'a pas rencontré d'affection primaire dans le larynx. Les formes différentes sous lesquelles la syphilis apparaît dans le larynx sont : le catarrhe, les papules, les infiltrats, les gommes, les ulcères, la périchondrite et les cicatrices.

Le catarrhe syphilitique atteint plus rarement le larynx tout entier que quelques-unes de ses parties, particulièrement l'épiglotte et les cordes vocales, avec rougeur et légère tuméfaction.

Parfois il se produit des érosions sur l'épiglotte, sur les cordes vocales ou dans la hauteur du cartilage arythénoïde.

Les papules du larynx sont très rares ; elles apparaissent sous forme de taches blanc gris, peu saillantes, rondes ou allongées, dont les dimensions arrivent à dépasser celles d'une lentille ; le plus souvent elles sont entourées d'une aréole hyperhémique étroite ; elles s'ulcèrent rarement.

L'infiltration se produit sur tous les points du larynx. Quand l'infiltration est localisée à l'épiglotte et aux parois latérales, et même au cartilage arythénoïde, elle peut donner lieu à des sténoses très prononcées. L'infiltration des cordes vocales peut amener des troubles graves de la respiration.

Les gommes peuvent aussi se développer sur les points les plus différents du larynx. Dans quelques cas, elles forment de véritables tumeurs. Elles se distinguent, comme les infiltrats, par une grande tendance à se désagréger.

Le siège le plus fréquent des ulcères est l'épiglotte ; mais on les trouve aussi sur toutes les autres parties du larynx. Leurs bords sont infiltrés et taillés à pic, le fond est recouvert d'un enduit ou de granulations gris rouge ; parfois, œdème inflammatoire des parties environnantes. Les destructions qu'ils entraînent sont souvent très importantes.

On ne peut en général établir le diagnostic différentiel entre les ulcères tuberculeux, lupiques, typhiques et carcinomateux que par la constatation clinique de la syphilis ou par l'exclusion d'autres maladies fondamentales. Le point le plus difficile, c'est de différencier les ulcères tuberculeux des ulcères syphilitiques, d'autant plus que les deux processus peuvent coexister dans le larynx.

La périchondrite peut apparaître d'une manière primaire, souvent elle est la conséquence des ulcérations qui pénètrent dans la profondeur. Elle entraîne de grands dangers, non seulement par elle-même, mais elle peut aussi par irritation inflammatoire et œdème collatéral déterminer une laryngo-sténose.

Les troubles provoqués par les cicatrices correspondent à leur siège et à leur étendue. Les cicatrices qui, sous forme de membranes, occasionnent une sténose du larynx; méritent un intérêt tout particulier, on en connaît environ 50 cas.

M. Jurasz, co-rapporteur. — La syphilis de la trachée est loin d'être aussi fréquente que celle du nez, du pharynx, du larynx; elle ne serait que d'environ 0,25 p. 100 de tous les cas de syphilis des organes du cou (Morell Makenzie).

On n'a naturellement jamais vu d'accident primaire de la trachée. De toutes les formes précoces, la plus fréquente est le catarrhe ; il n'a, pas plus que le catarrhe spécifique du larynx, etc., un caractère particulier. On ne connaît que cinq cas dans lesquels il y avait des papules de la trachée.

Les formes graves, tardives, de la syphilis de la trachée sont plus importantes, spécialement la plus fréquente, le syphilome diffus, une infiltration en surface, étendue, n'atteignant le plus souvent que la partie inférieure de la trachée avec un tissu abondant de nouvelle formation. La muqueuse est épaissie sur une large étendue, en quelques points dure, envahie par des papilles, des papules, des plis et des bourrelets. Il en résulte naturellement une sténose diffuse du calibre de la trachée. Zeissl et Moissenet ont décrit des cas du syphilome circonscrit, beaucoup plus rare, de la gomme de la trachée.

Ces deux formes, diffuse et circonscrite, se transforment en ulcération. Celle-ci commence le plus souvent à la surface, cependant elle peut aussi avoir son point de départ dans les parties profondes, surtout sur les cartilages de la trachée. Les ulcères peuvent détruire non seulement toute la paroi trachéale, mais même pénétrer dans les organes voisins. Les cas dans lesquels les gros vaisseaux sanguins sont lésés ont naturellement une terminaison fatale. Après la guérison des ulcères, il reste souvent des rétrécissements considérables.

Le diagnostic présente fréquemment de grandes difficultés et on ne peut les déterminer d'une manière certaine que par la trachéoscopie. La syphilis trachéale, si on la traite dès le début, peut guérir complètement. D'ordinaire, les malades succombent à la suite d'une dyspnée prolongée par la perte des forces ou d'une pneumonie intercurrente.

Le traitement général des affections syphilitiques des voies aériennes supérieures est le même que celui des autres lésions spécifiques. La plupart des auteurs sont partisans d'un traitement local. Jurasz, ainsi que Türk, Mondl et Voltolini, est d'avis qu'il est en général inutile. Il faut nécessairement traiter les excroissances, les sténoses, les pertes de substance consécutives à la guérison des infiltrats, des ulcères, des périchondrites, des périostites et des nécroses et qui gênent considérablement les fonctions des organes. Ici la spécialité rhino-laryngologique rend des services indiscutables.

Discussion : M. Köbner présente des préparations microscopiques d'une petite tumeur semblable à un condylome de la trachée d'une femme syphilitique. On voit près de la nécrose partielle de l'épithélium une infiltration cellulaire compacte traversant toute la muqueuse et la sous-muqueuse jusqu'au cartilage.

M. SCHECH a observé cinq cas de syphilis grave de la trachée, spécialement de la bifurcation : trois se sont terminés par la mort, deux par la guérison. Tant qu'il n'y a pas d'accident, le pronostic est bon, d'autres fois il est absolument mauvais. Chez le malade qu'il a observé en dernier lieu, il y avait une adhérence presque complète de la bronche droite et une périchondrite et un rétrécissement de la bronche gauche ; la maladie était survenue vingt-neuf ans après l'infection.

M. FISCHENICH insiste, contrairement à ce qu'a dit Jurasz, sur le grand avantage d'un traitement local simultané. Les symptômes subjectifs disparaissent alors beaucoup plus rapidement. Parfois avec des plaques ulcérées de la cavité naso-pharyngienne il y a des douleurs de tête très pénibles, localisées principalement à l'occiput ; elles peuvent persister malgré une cure énergique de frictions, tandis qu'un traitement local — calomel, cocaïne — les fait céder promptement.

M. BARTH. — A la suite d'irritations, on voit dans la syphilis latente survenir facilement des maladies récentes dans les voies respiratoires supérieures. Il a vu chez trois malades des ulcérations syphilitiques apparaître directement chez l'un après la diphtérie sur la paroi postérieure du pharynx, chez les deux autres après la cautérisation du cornet inférieur ; l'iodure de potassium fit prompte justice de ces ulcérations.

M. SCHUSTER est très convaincu de la nécessité, pour les formes ulcératives et destructives de la syphilis des fosses nasales, d'un traitement local soigneux, outre la médication générale.

Action des caustiques sur les muqueuses, favorisée par des modifications des sécrétions physiologiques.

M. KÖBNER a expérimenté avec succès, par des cautérisations de la muqueuse buccale et d'autre part de la muqueuse uréthrale, un principe thérapeutique qui est certainement susceptible d'une application plus générale. Il a cherché à fortifier de deux manières l'action d'agents caustiques sur les muqueuses ; d'abord quantitativement, par la diminution de la sécrétion, puis qualitativement, par sa modification chimique.

Des plaies de la muqueuse buccale dans la leucoplasie, traitées avec l'acide chromique, ou par l'abrasion de la muqueuse ou encore le thermocautère, guérissent souvent très difficilement, parce que l'abondance de la sécrétion salivaire entraîne les eschares. Pour obtenir une plus longue adhérence de ces eschares, Köbner fait prendre, de trente à quarante minutes avant toute cautérisation, vingt gouttes d'une solution à 2 p. 100 d'extrait de belladone, à renouveler au bout de deux à trois heures. Les ulcères guérissaient alors plus rapidement et les malades étaient débarrassés de leur salivation si gênante.

Pour les injections de nitrate d'argent, indispensables pour la guérison de l'uréthrite postérieure ancienne (à l'aide des instruments de Guyon ou d'Ultzmann), Köbner essaya d'atténuer les douleurs dans la miction et le ténesme vésical en rendant l'urine alcaline ; dans ce but il fait, une demi-heure à trois quarts d'heure avant l'injection, prendre une demie jusqu'à une cuillerée à café de bicarbonate de soude dans de l'eau.

Séance du 13 septembre.

Syphilis maligne.

M. Neuberger. — Homme de 29 ans, anémique, faible. Au commencement de janvier 1893, sclérose, qui devint rapidement gangréneuse ; peu après, roséole ; cette sclérose se cicatrisa dans le cours d'un traitement par les injections de salicylate de mercure. Plus tard, efflorescences papuleuses qui s'ulcérèrent rapidement. Ces ulcérations augmentèrent malgré un traitement mercuriel. Ce malade entra dans la clinique de l'orateur, où il guérit dans l'espace de neuf jours, sous l'influence de l'iodure de potassium, d'injections sous-cutanées d'europhène et de l'application locale d'une pommade d'europhène à 5 p. 100. Depuis lors, de temps en temps récidive, constamment sous forme d'ulcérations plus ou moins étendues. Neuberger montre les nombreuses cicatrices et deux gommes volumineuses survenues, il y a environ quinze jours, à la plante du pied gauche.

Dermatite herpétiforme.

M. Neuberger. — Il s'agit d'un malade atteint depuis cinq ans d'une éruption de vésicules, disposées en groupes, et revenant à des intervalles irréguliers; prurit. Au moment de son entrée à l'hôpital, l'éruption était très accusée. L'emploi interne de l'arsenic et l'application d'une pâte salicylée à 10 p. 100 amenèrent en peu de temps une amélioration notable. Les badigeonnages de goudron, faits dans des bains chauds, ont semblé avoir une action particulièrement favorable. Depuis lors, ce malade n'a eu que des récidives très rares et de peu d'importance. Actuellement il existe une récidive de ce genre : différentes efflorescences de date récente, surtout visibles au cou, sous forme de groupes; de plus, nombreuses pigmentations consécutives aux éruptions antérieures.

Trophonévrose bullo-gangréneuse.

M. Neuberger. — Jeune fille de 18 ans, anémique; il y a environ trois mois, elle s'est blessée avec un carreau de vitre sur la surface de flexion de l'avant-bras droit. A la place de la plaie, il existe actuellement une cicatrice dure de 4 centim. de longueur sur 1 de largeur; à côté et en dehors de cette cicatrice, on voit une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse à la pression et ayant l'aspect d'un névrome. Il s'agit d'une blessure du nerf médian, laquelle a déterminé l'anesthésie complète des deuxième et troisième phalanges de l'index et du médius sur la face palmaire, et celle de leurs phalanges terminales sur la face dorsale. Sur les parties anesthésiées, il survient de temps en temps des bulles. Leur contenu devient rapidement purulent, leur base gangréneuse, et au bout de quelque temps elles guérissent. La dernière éruption, la quatrième, est survenue il y a environ quinze jours; jusqu'à présent elle a été la plus violente. En terminant, l'orateur rappelle le cas décrit par Kaposi, sous le nom de pemphigus neurotraumatique.

Lichen ruber et pityriasis pilaire.

M. Galewsky présente des photographies et des microphotographies, ainsi

que des préparations microscopiques de ses deux cas de pityriasis rubra pilaire et d'un cas qu'il a récemment observé de lichen ruber aigu, qui survint comme lésion primaire et périfolliculaire, par conséquent permit de comparer les papules périfolliculaires des deux maladies. Un examen microscopique attentif a amené l'orateur aux conclusions suivantes :

1° La papule du lichen ruber a son point de départ dans le derme ; durant toute la durée de la maladie, il existe une abondante infiltration de petites cellules dans le chorion ; pendant et après la guérison, il se produit là une pigmentation très prononcée. La papule pityriasique est principalement occasionnée par une hyperkératose partant du follicule. Il n'existe qu'une infiltration légère, dépassant à peine ce qu'on observe à l'état normal.

2° La papule du lichen ruber est donc solidement enfoncée dans le chorion, et on ne peut par conséquent l'enlever par le raclage ; la papule du pityriasis peut être détachée en raison de ce qu'elle est constituée par des masses cornées.

3° La papule du lichen ruber, par suite de son origine par infiltration cellulaire, est à l'état primaire, plutôt miliaire qu'acuminée, elle ne devient acuminée que s'il survient une hyperkératose secondaire. La papule du pityriasis est constamment acuminée, correspondant à son origine par hyperkératose.

Séance du 14 septembre.

Recherches bactériologiques sur le losophane.

M. Saalfeld. — Les recherches entreprises avec une solution alcoolique à 1 p. 100 sur des fils de soie imprégnés par des cultures, en partie aussi sur des cultures pures isolées (ces dernières dans le trichophyton tonsurans et l'achorion de Schönlein) ont donné des résultats extrêmement favorables, parmi lesquels l'orateur signale comme particulièrement important que ces deux parasites étaient tués en trente secondes.

Discussion : M. Behrend. — Les méthodes actuelles de traitement du pityriasis versicolore n'ont donné le plus souvent que des résultats favorables passagers, d'une part parce qu'il reste constamment des éléments parasitaires, notamment dans les infundibula des follicules pileux, de l'autre parce que souvent beaucoup de taches sont pâles et passent inaperçues. Ce ne sont que la chrysarobine et la teinture d'iode qui ont à ce double point de vue une action satisfaisante. Mais ces substances ont une influence secondaire fâcheuse si marquée, qu'il apprendrait avec plaisir qu'il n'en est pas de même avec le losophane, dont les propriétés sont les mêmes sans avoir d'inconvenients.

M. Jessner demande quelle est la durée du traitement avec le losophane de l'herpès tonsurans des régions glabres de la peau, et si ce traitement est plus rapide qu'avec les anciens remèdes, tels que la pommade de Wilkinson, etc. En ce moment, où les chimistes inondent littéralement la médecine de leurs préparations, où tant de médicaments, dont on avait tout d'abord annoncé les meilleurs résultats, sont rapidement tombés dans un oubli mérité, il faut avoir un grand scepticisme et s'assurer si ces remèdes sont supérieurs aux anciens.

M. Saalfeld ne peut pas répondre d'une manière positive à la question de Jessner; toutefois les résultats favorables par rapport aux autres remèdes pourraient être démontrés très clairement dans quelques cas par des essais de contrôle chez le même malade sur différents points analogues.

Nævus verruqueux linéaire correspondant au trajet des lignes de délimitation de Voigt.

M. Galewsky. Le nævus en question s'étend, comme le montre la photographie, de la région inguinale le long de la face interne du fémur jusqu'au genou. Il s'agit dans ce cas d'une affection datant de l'enfance, laquelle, par l'irritation prurigineuse et la dermatite artificielle qu'elle a provoquée, devint très gênante pour l'enfant qui a actuellement 6 ans. La maladie guérit sous l'influence d'un pansement par occlusion; le prurit disparut, mais revenait constamment, dès que l'état général de l'enfant était mauvais (par exemple, une fois après la scarlatine). L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait d'une ichtyose hystrix partielle, conformément aux opinions de Philippson.

Discussion : Saalfeld a observé deux cas de nævus nerveux, l'un est en faveur de la nature exclusivement nerveuse de l'affection, l'autre non; de telle sorte qu'il conseille provisoirement d'attendre avant de systématiser cette maladie encore si obscure.

Anévrysme syphilitique.

M. Beckh présente un ouvrier de 26 ans, de sa clientèle privée, ayant une tumeur manifestement pulsatile de la dimension de la paume de la main, s'étendant sur le bord droit du sternum. Cette tumeur est incontestablement un anévrysme de la crosse et de l'aorte descendante. Cet anévrysme s'est développé il y a deux ans et demi avec des douleurs névralgiques dans la région brachio-scapulaire droite et obligea bientôt le malade à cesser tout travail, en raison des douleurs vives et de la dyspnée. Malgré un repos absolu au lit et l'application de glace, la tumeur augmenta; elle soulevait le doigt et au centre elle prit une forme conique. Dans les antécédents, pas de syphilis; cependant on trouva sur le scrotum une leucodermie étendue avec bords pigmentés foncés, qui aurait été précédée d'une éruption bulleuse. En outre, un des enfants de ce malade aurait été traité avec succès par l'iodure de potassium d'une tumeur osseuse suspecte, et un autre présentait des lésions syphilitiques de la cornée. Sa femme et cinq autres enfants sont bien portants. En faveur de l'origine syphilitique de l'anévrysme il faut tout particulièrement indiquer que l'iodure de potassium administré pendant quinze mois avait déterminé une diminution notable de la tumeur. Depuis plus d'un an, grâce à l'emploi intermittent de l'iodure, le malade peut de nouveau travailler. La tumeur s'est sensiblement aplatie; le doigt perçoit il est vrai nettement les pulsations, mais il n'est plus soulevé.

Discussion : M. Kolmann cite un cas semblable qu'il a observé il y a environ dix ans. On admit aussi une syphilis antérieure, sans qu'il fût possible de l'établir d'une manière positive. Sous l'influence de l'iodure de

potassium, les malaises diminuèrent immédiatement d'une façon remarquable.

De la présence des cellules éosinophiles dans le pus blennorrhagique.

M. Epstein. — Dans le pus blennorrhagique on ne trouve d'ordinaire que très peu de cellules éosinophiles dans la masse des cellules neutrophiles. L'orateur a observé dans six cas un très grand nombre de cellules éosinophiles, une fois dans un cas (vraisemblablement) de folliculite blennorrhagique de la fosse naviculaire, dans la sécrétion de la folliculite. Sur les cinq autres cas, chez trois il y avait une prostatite aiguë ou subaiguë, et dans ces cas les cellules éosinophiles se trouvaient également dans le pus prostatique, constamment en grande quantité, dans un cas environ 30 p. 100 de tous les corpuscules de pus. Un quatrième cas sans symptômes subjectifs du côté de la prostate : cette glande était à peine hypertrophiée, seulement un peu douloureuse, toutefois dans sa sécrétion nombreuses cellules éosinophiles. Dans le cinquième cas, enfin, prostate normale ; dans la sécrétion, qui était peu abondante, pas de cellules éosinophiles.

Ces observations tendraient à confirmer l'opinion de Neusser que les cellules éosinophiles dans la sécrétion blennorrhagique proviendraient des glandes de l'urèthre, principalement de la prostate.

Discussion : Seifert ne peut, d'après ses recherches, reconnaître aucune importance diagnostique aux cellules éosinophiles. Il les a trouvées en grand nombre aussi bien dans la blennorrhagie récente que dans la blennorrhagie chronique, même aussi dans l'uréthrite blennorrhagique aiguë de la femme. Si dans ces cas on examine le sang, on constate un certain parallélisme entre la présence plus ou moins abondante des cellules éosinophiles dans le sang et dans la sécrétion.

Quant au point où se forment ces cellules, les résultats des recherches de Seifert diffèrent de ceux de Neusser. Si, comme le prétend ce dernier auteur, les cellules éosinophiles se formaient sous la peau on devrait, dans toutes les dermatoses dans lesquelles le sang indique une proportion élevée de ces cellules, pouvoir démontrer dans des fragments de peau excisés une augmentation considérable de ces cellules, ce qui, d'après Seifert, n'est certainement pas.

Cas de syringomyélie avec symptômes cutanés et muqueux.

M. Neuberger. — Il s'agit d'un marchand, âgé de 43 ans, qui a toujours été bien portant, en dehors d'un catarrhe pharyngien durant depuis des années.

Ce malade est marié depuis quatorze ans, il a plusieurs enfants bien portants. En 1886, ulcère du prépuce, peu après éruption maculeuse sur tout le corps. Ces deux affections guérirent sous l'influence d'une cure de frictions.

Les années suivantes, il se produisit, souvent par accès, une tuméfaction considérable de la langue, accompagnée de vives douleurs, avec de nombreux ulcères superficiels à la pointe et sur le bord droit. En même temps, quelquefois des douleurs dans le cou, une fois même accès de suffocation. Constamment, après quelques jours, il survenait une guérison rapide. En

dépit de nombreuses cures anti-syphilitiques, toujours de nouvelles récidives.

En avril 1892, nombreuses ulcérations sur la peau, à localisation très irrégulière, lesquelles ne présentaient aucune tendance à la guérison.

État actuel. Malade très faible, extrêmement amaigri. Périostite sur les deux tibias. Sur le corps, nombreuses ulcérations, dont quelques-unes dépassent l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent, irrégulièrement disséminées; les parties voisines sont le siège d'irritations eczémateuses: syphilis maligne. Après la guérison de l'eczéma, iodure de potassium à l'intérieur jusqu'à 6 gr. par jour, poudrage d'europhène, localement emplâtre mercuriel. En quinze jours, guérison des ulcérations, de la périostite, augmentation énorme de poids. Au milieu de juillet, il survint sur quelques doigts de nouvelles éruptions : plaques humides, arrondies, nettement circonscrites, on dirait des bulles récemment ouvertes; elles se cicatrisèrent rapidement sous l'influence de l'emplâtre mercuriel. Les lésions des muqueuses se reproduisirent aussi à des intervalles irréguliers sous la forme décrite en commençant et on constate que les nombreuses récidives sur la peau et les muqueuses avaient leur point de départ dans des vésicules dures, petites, de la grosseur d'une tête d'épingle ; pemphigus. Ce n'est que plus tard, peu de temps avant la mort, qu'un examen neurologique révéla une anesthésie totale et l'existence d'une syringomyélie.

L'apparition subite de nombreuses vésicules dans le larynx et, par suite, la tuméfaction des cordes vocales déterminèrent brusquement en juillet de cette année un accès de suffocation auquel succomba le malade. En réalité il s'agissait d'un cas de syphilis et de syringomyélie.

Dysidrose (Tilbury Fox).

M. Behrend. — Tilbury Fox a établi d'une manière classique que cette affection consiste en une éruption de vésicules, à contenu clair comme de l'eau, qui surviennent le plus souvent sur les surfaces latérales et d'extension des doigts, sur le bord cubital de la main ainsi qu'à la paume des mains, plus rarement aux pieds et ont l'aspect de grains de sagou gonflés. Plus tard ces vésicules se dessèchent, et les enveloppes vides des vésicules se détachent sous forme de lamelles cornées. Fox rapporte l'éruption à une rétention de la sueur ; la maladie serait due à des troubles nerveux généraux.

Cette manière de voir est tout à fait erronée, car on voit très souvent des personnes très bien portantes atteintes de cette affection. Si on examine avec soin la localisation des vésicules, on remarque qu'elles sont situées dans des parties exposées à une pression mécanique assez fréquente. La portion terminale et en spirale du conduit excréteur des glandes passant à travers l'épiderme et qui n'a pas de paroi propre, mais une ouverture dans les couches cellulaires, est ainsi obstruée mécaniquement ; la sueur s'infiltre alors dans les espaces lymphatiques intercellulaires et, en déchirant les couches cellulaires par suite de la continuation de la sécrétion, elle entraîne la séparation de ces couches et le soulèvement de l'enveloppe cornée. Dans cette période, le liquide des vésicules a une réaction acide; bientôt après il s'ajoute au liquide un exsudat provenant

des vaisseaux et la réaction devient neutre ou alcaline, comme dans la vésicule d'eczéma, dont on ne peut la distinguer au point de vue anatomo-microscopique. Ensuite la vésicule se dessèche, l'enveloppe s'exfolie et on a exactement le tableau de l'eczéma squameux. Chez les très jeunes enfants, les vésicules peuvent même se remplir de pus et se transformer par dessiccation en eczémas impétigineux et humides ; fréquemment l'eczéma se développe directement des vésicules.

Donc puisque, ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue clinique, on ne peut constater une différence entre la dysidrose et l'eczéma, il faut regarder la première affection comme de l'eczéma.

Discussion : M. Galewski fait remarquer que des lésions semblables provoquées par hyperkératose, donc par occlusion, surviennent dans le pityriasis rubra pilaire (voir les publications de Besnier et les siennes sur cette maladie). Dans un cas de dyshidrose, constamment limité à la face interne d'un doigt, il survint des vésicules tantôt volumineuses, tantôt petites, miliaires.

M. Jessner. — D'après Behrend, la dysidrose provient de la rétention de la sueur. Le kyste sudoripare est le symptôme primaire, caractéristique de la maladie. Par suite, on ne pourrait que cliniquement identifier cette affection avec l'eczéma ; d'après leur nature elles sont différentes. Le processus pathologique primaire est, d'après Behrend, la rétention de l'écoulement de la sueur, les phénomènes inflammatoires ne s'y ajoutent que secondairement, tandis que dans l'eczéma la vésicule est l'expression de l'exsudation occasionnée par l'inflammation.

Du pemphigus végétant; remarques diagnostiques sur les autres maladies des muqueuses et du tégument externe qui déterminent des bulles et peuvent être confondues avec de la syphilis.

M. Köbner indique dans un court tableau synoptique les processus bulleux de la peau et des muqueuses que l'on confond souvent avec la syphilis, à savoir les aphtes, les épizooties aphteuses par contagion des aphtes et des maladies du sabot (piétin), les différentes variétés d'herpès, l'herpès iris, la dermatite herpétiforme de Duhring (qu'il préfère désigner sous le nom d'hydroa prurigineux, Tilbury Fox), l'impétigo herpétiforme, différents exanthèmes et énanthèmes médicamenteux bulligènes (après l'antipyrine, les sels d'iode etc.), et le pemphigus chronique.

Les caractères communs de toutes ces affections par rapport à la syphilis sont :

1° Leur siège superficiel, et, par suite, 2° l'absence de cicatrices ou la présence de cicatrices tout à fait isolées par suite de complication purulente ; 3° la nature du dépôt et des parties adjacentes (sur les muqueuses) ; 4° leur localisation variable pendant une poussée ou différentes poussées ; 5° sur la peau, pas de polymorphie (à l'exception de la maladie de Duhring), bien plutôt constance dans le type de l'éruption ; 6° constatation du mode d'origine ; 7° leur marche.

Köbner examine ensuite le pemphigus végétant, il rapporte l'histoire (avec plusieurs dessins à l'appui) des trois malades qu'il a observés ; l'un fut guéri, les deux autres sont morts. Il indique aussi ce qu'on a trouvé

à l'autopsie du troisième malade et les recherches bactériologiques (avec résultats négatifs). Il se réserve de publier en détail tout ce qui concerne l'histologie, le diagnostic et la thérapeutique générale de ces cas.

Pâte de zinc et d'œsype.

M. Berliner recommande très vivement de faire des essais avec la pâte suivante :

Oxyde de zinc..............................	ââ 4 gr.
Amidon de riz..............................	
Œsype..............................	ââ 3 gr.
Huile d'olive..............................	

Il a employé cette pâte pure ou additionnée de soufre, de bismuth, de résorcine et obtenu de très bons résultats dans les eczémas, les brûlures et les congélations, l'acné vulgaire (ici principalement avec 20 p. 100 de pâte de résorcine), l'acné rosée, le sycosis non parasitaire. Dans le psoriasis, cette pâte n'a pas d'action directe, mais dans les intervalles du traitement spécial (chrysarobine ou pyrogallol) elle justifie très bien sa réputation par la guérison rapide de l'irritation cutanée provoquée par ces remèdes.

Utilité pratique de l'europhène.

M. Œfelein. — D'après des recherches faites en collaboration avec M. Neuberger.

On a employé l'europhène dans presque deux cents cas et chaque fois il a donné les meilleurs résultats. Dans les plaies plus ou moins étendues, récentes, nettes ou en suppuration, ce médicament, appliqué sous forme de poudre, a déterminé une guérison rapide et régulière.

La pommade d'europhène, de 1 à 5 p. 100, a modifié très favorablement les brûlures. Dans plus de trente cas de balanite, on a constaté son action non irritante, rapidement siccative ; il en a été de même dans bon nombre de cas d'érosion, de rhagades, d'herpès préputial, etc. Dans environ quarante cas de chancre mou, guérison rapide, sans complication d'eczéma, d'œdème, etc. L'europhène, employé sans désinfection phéniquée préalable, a eu également une heureuse influence dans des ulcérations étendues, multiples, gangréneuses ; ainsi que dans les scléroses initiales, principalement gangréneuses, et dans les plaques muqueuses.

Dans la syphilis tertiaire il donne tout particulièrement de très bons résultats. Ici, comme dans la syphilis maligne, son influence est salutaire, soit en injections sous-cutanées (chaque jour une seringue d'une solution huileuse de 1 à 2 p. 100) comme traitement général, soit localement en poudre ou en pommade de 1 à 10 p. 100.

Discussion : M. Lieven confirme les résultats précédents ; deux fois seulement il survint, quelques minutes après l'application, de vives douleurs qui obligèrent d'enlever la poudre. Dans la rhinite atrophiante, après la guérison de la syphilis nasale, Lieven utilise fréquemment l'action irritante de l'europhène. Il l'emploie en pommade à 10 p. 100 et détermine par là une sécrétion abondante. Il est nécessaire de badigeonner en même temps l'orifice du nez avec une pommade indifférente, pour éviter l'eczéma que provoquerait cette sécrétion.

A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Alumnol dans les maladies de la peau. — William S. Gottheil. Alumnol in diseases of the skin (*New-York med. Journal*, 4 novembre 1893, p. 535).

L'alumnol est un sulfonaphtholata d'aluminium ; il contient 5 p. 100 d'aluminium et 15 p. 100 de soufre : c'est une poudre légère blanche, non hygroscopique, stable, soluble dans l'eau dans la proportion de 45 p. 100, très soluble dans la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble dans l'éther ; le contact de l'air le rend plus foncé. L'auteur relate ses autres principales propriétés chimiques, et cite les expériences de Heinz et de Liebrecht, puis celles de Chotzen sur ce corps. Lui-même a essayé cette substance dans 60 cas de maladies cutanées et syphilitiques, tantôt sous forme de poudre, tantôt sous forme de collodion, tantôt sous forme de pommades. Dans 16 cas d'eczéma aigu, c'est-à-dire d'inflammations aiguës de la peau revêtant l'aspect d'eczémas diffus vésiculeux, impétigineux, l'alumnol, sous forme de collodion ou de pommades, lui a donné de bons résultats, supérieurs d'après lui à ceux que l'on obtient avec le zinc ou le bismuth. Dans 9 cas d'inflammation chronique de la peau, caractérisés par des eczémas squameux, indurés ou séborrhéiques, la pommade à l'alumnol à 15 p. 100, et dans les cas rebelles à 25 et 30 p. 100, lui a donné des résultats excellents, sans la moindre irritation des téguments. Dans 9 cas de syphilide ulcéreuse tertiaire, les résultats n'ont pas été bons, et on ne peut recommander l'alumnol dans ces affections, surtout quand on peut se servir d'iodoforme ou de calomel. Dans les dermatites traumatiques, brûlures, blessures, etc..., l'alumnol a donné de rapides guérisons : il semble que ses propriétés antiseptiques et astringentes à la fois le rendent particulièrement recommandable dans les cas où il y a des granulations de mauvaise nature ou des eschares. Par contre, l'alumnol ne paraît pas avoir d'efficacité remarquable dans les dermatites parasitaires et contagieuses. L. B.

Angiokératome. — P. Tommasoli. Contributo allo studio dell' angiocheratoma (acroangiocheratoma) de duzioni cliniche (*Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, 1893).

Tommasoli rapporte 21 observations personnelles d'angiokératome, en insistant sur les particularités étiologiques et sur la coïncidence de phénomènes asphyxiques aux extrémités (main cyanotique, main froide, main tuméfiée), constituant la maladie de Raymond, ou s'en rapprochant. Il fait remarquer que ces phénomènes permanents ne doivent pas être confondus avec les phénomènes passagers qui constituent les engelures. Il y a donc une triade morbide caractérisée par l'asphyxie des extrémités, les engelures et l'angiokératome. Tommasoli a remarqué de plus que les sujets atteints d'angiokératome présentent tous des antécédents personnels, héré-

ditaires ou collatéraux de troubles circulatoires et surtout d'hémorrhoïdes.

La coïncidence de phénomènes d'asphyxie des extrémités est signalée dans quelques-unes des observations relatées précédemment, quoique les auteurs n'y aient généralement pas attaché d'importance ; mais ce qu'ils en disent suffit à confirmer les faits observés par Tommasoli.

Tommasoli est tenté de croire que les lésions vasculaires de l'angiokératome ne représentent pas, comme le croient les auteurs, une néoplasie, mais seulement une variété de varices ou d'anévrysmes capillaires.

Il fait encore remarquer accessoirement que les lésions de l'angiokératome prédominent presque constamment sur la main gauche, qu'elles sont fréquentes dans la race juive.

Les rapports des engelures et de l'asphyxie locale des extrémités avec l'angiokératome ne semblent pas, pour Tommasoli, être des rapports de cause à effet, pas plus que des rapports de simple coïncidence : les trois lésions sont des effets d'une même cause plus éloignée et d'ordre le plus souvent congénital, mais parfois peut-être acquise ; mais il n'émet encore cette opinion qu'à titre d'hypothèse. On peut encore, d'après lui, mettre en avant cette hypothèse que l'angiokératome, comme les engelures et l'asphyxie des extrémités, est dû à un état permanent de dystrophie avec tendance dégénérative des éléments histologiques des parois vasculaires.

Quelle que soit l'hypothèse à laquelle les faits ultérieurs amènent, l'angiokératome doit être dès maintenant rangé à côté de la maladie de Raymond, dans le chapitre de l'acropathologie. G. Thibierge.

Cachexie pachydermique. — Marfan et L. Guinon. Cachexie pachydermique sans idiotie chez un enfant (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1893, p. 481).

Enfant de 13 ans, né d'un père alcoolique ; début apparent de la maladie à l'âge de 7 ans, après une rougeole et un abcès sous-maxillaire droit ; arrêt de développement de la taille, persistance de la première dentition, tuméfaction généralisée des téguments, alopécie et pelade ; lipomes de la région claviculaire ; membres pachydermiques, cyanose et refroidissement des lèvres, des oreilles et des extrémités ; hernie ombilicale ; arrêt de développement des organes génitaux ; pouls lent ; infiltration pachydermique des replis aryténo-épiglottiques ; accès de dyspnée ; développement intellectuel suffisant, sauf un peu d'apathie et un certain degré d'affaiblissement de la mémoire ; mort dans les convulsions.

A l'autopsie, atrophie à peu près complète du corps thyroïde.

A l'examen histologique, l'infiltration des tissus est constituée par de la graisse.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre, reproduits chez l'enfant, les caractères physiques et psychiques de la cachexie pachydermique spontanée des adultes : il ne s'agit certainement pas de l'idiotie myxœdémateuse telle qu'on l'observe habituellement chez l'enfant.

A noter les résultats de l'examen histologique des tissus, qui, au lieu de l'infiltration muqueuse généralement décrite, renfermaient de la graisse.

G. Thibierge.

Rapports de la dermatologie avec la médecine générale. — H. Radcliffe Crocker. Dermatology in its practical relations to general medicine (*Medical Record*, 21 octobre 1893, p. 513).

Dans ce mémoire, d'ailleurs fort intéressant, l'auteur s'attache à démontrer que la dermatologie peut parfois venir en aide à la médecine générale et au praticien faire découvrir une affection du rein, du foie, du tube digestif, une intoxication médicamenteuse, etc. Mais, combien plus important encore aurait été son travail si, au lieu de se borner à de simples constatations de coïncidences d'affections cutanées et viscérales, il avait discuté les relations des dermatoses avec les divers états généraux de l'organisme, quel que soit le nom qu'on leur donne ! L. B.

Dermatose d'origine nerveuse. — Azua. Dermatosis nervioso-refleja (*Revista de medicina y cirugia practicas*, Madrid, 1893, p. 424).

Femme obèse, multipare, d'une bonne santé. Il y a quelques mois, apparition d'un intertrigo sous-mammaire qui se développa au moment des règles. Depuis lors, trois ou quatre jours avant les règles, cet érythème apparaît sous l'un des seins, généralement le gauche, et il se développe pendant quatre ou cinq jours ; il passe ensuite de l'autre côté, et après y avoir persisté de quatre à dix jours, il se termine par guérison complète. Les règles se montrent habituellement trois ou quatre jours après l'érythème et cessent trois ou quatre jours avant lui. Si les règles se prolongent, l'érythème dure plus longtemps ; si elles manquent, l'érythème ne se développe pas. Il existe une endométrite légère. L'auteur met en relief cette disparition absolue et spontanée de l'érythème chez une femme obèse à forte poitrine, conditions qui rendent d'habitude la guérison difficile, même en employant une thérapeutique rationnelle. Le développement de cet érythème en dehors des causes locales et sous la dépendance de la menstruation montre qu'il s'agit bien d'une dermatose réflexe, d'origine génitale et de type érythémateux exsudatif. L'auteur croit qu'en guérissant l'endométrite on fera disparaître les manifestations cutanées.

Paul Raymond.

Eczéma (traitement de l'). — Veiel. Therapie des Eczems (*Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 1892, p. 161).

Tout eczéma est-il curable? On sait qu'il existe des eczémas qui résistent à tout traitement clinique, même répété. Ceci est vrai surtout des eczémas des mains et de la face, particulièrement chez les sujets issus de familles où les eczémas sont héréditaires ; en outre, cette résistance s'observe pour les eczémas qui ont leur siège dans le voisinage de cicatrices.

Le traitement interne de l'eczéma n'est indiqué qu'en cas de complications. Il n'existe pas de spécifique contre l'eczéma, l'action même de l'arsenic est très problématique dans les vieux eczémas infiltrés. Le sulfure de calcium recommandé dans l'eczéma purulent, l'ergotine, les tisanes employées autrefois n'ont aucune valeur. Mais il importe beaucoup de se

préoccuper des complications, scrofulose, anémie, goutte, glycosurie, albuminurie et troubles de la circulation, non seulement pour la guérison de l'eczéma existant, mais principalement au point de vue de la prophylaxie.

Comment expliquer que les remèdes locaux les plus actifs dans l'eczéma soient précisément ceux qui pénètrent dans le corps à travers la peau intacte, comme le goudron et ses dérivés et les mercuriaux, tandis que les substances métalliques non volatiles (plomb, bismuth, zinc, etc.) sont en réalité très utiles pour guérir les plaies, mais non pour amener une guérison durable ? Puisque les sels de mercure et les préparations de goudron pris à l'intérieur ne guérissent pas l'eczéma, on ne saurait admettre que leur influence curative sur l'eczéma s'exerce par leur passage dans la circulation ; c'est à leurs propriétés parasiticides qu'est due leur efficacité.

En dehors des eczémas intertrigineux chez les gens obèses et des eczémas par stase chez les hémorrhoïdaires, l'auteur n'a jamais vu d'eczéma guérir par le régime seul. Toutefois, il n'est pas douteux qu'un régime convenablement approprié aux complications existantes ne favorise la guérison de l'eczéma.

Veiel n'a jamais observé que la guérison d'un eczéma ait provoqué d'autres maladies, telles que l'asthme, etc., ni que le rappel artificiel d'une éruption eczémateuse ait guéri cet asthme ; par contre, il a vu fréquemment, spécialement chez les enfants scrofuleux, un asthme bronchique et un eczéma apparaître en même temps, en général l'hiver. C'est un fait connu de voir un eczéma se dessécher avec l'apparition d'un catarrhe bronchique fébrile, pour reparaître avec la disparition de la fièvre.

Dans le traitement de l'eczéma aigu, aussi longtemps qu'il n'est pas humide, c'est le froid sec qui réussit et qui donne les meilleurs résultats : sachets de fécule, vessie de glace enveloppée dans un linge, gélatines. Avec ces dernières, on parvient très souvent à étouffer dans leur germe des eczémas aigus commençants. Si les gélatines ne sont pas tolérées ou s'il y a exsudation, il faut alors avoir recours aux poudres, surtout dans l'eczéma aigu généralisé, et les continuer jusqu'à rémission des symptômes les plus aigus. Les parties humides restantes guérissent ensuite d'ordinaire rapidement avec l'emplâtre d'oxyde de zinc et d'acide benzoïque d'Unna, la pommade de Lassar, et surtout l'emplâtre de savon salicylé de Pick. A la période squameuse, on donnera la préférence à la pommade au tannin à 5 p. 100, ou à l'onguent de Wilson. La pommade tannique appliquée sur toute la surface cutanée provoque parfois un gonflement des gencives et une légère salivation.

Quant à l'eczéma chronique, le traitement de Pick avec la gélatine au sublimé et l'emplâtre de savon salicylé donne de très bons résultats. Il en est de même de la pâte salicylée de Lassar. Dans les eczémas calleux de la paume des mains et de la plante des pieds, l'auteur donne la préférence à l'emplâtre de gutta-percha d'Unna, mais il le fait enlever quand les douleurs qu'il provoque, au lieu de diminuer, augmentent le second jour, parce qu'il se forme alors des bulles sous la callosité de la peau, et qu'elles peuvent donner lieu à des ulcères profonds. Sur les régions

pilaires, notamment sur le cuir chevelu, une pommade salicylée à 10 p. 100 amène en général une dessication très rapide des surfaces humides. Mais, dans beaucoup de cas, la méthode de Pick ne réussit pas et il faut revenir au goudron. Rien jusqu'ici n'a pu le remplacer complètement dans le traitement de l'eczéma. La préparation la plus douce paraît être le savon de goudron ; sa mousse, appliquée deux fois par jour avec un pinceau, est souvent tout à fait suffisante pour guérir de larges eczémas. Elle a une action remarquable dans les eczémas squameux généralisés des vieillards, surtout si l'on y joint des badigeonnages avec la gélatine à l'oxyde de zinc. L'auteur emploie souvent au début des pommades à 1 p. 100 de goudron. Comme excipient, il se sert du cold cream au tannin à 5 p. 100, ou de l'onguent diachylon de Hebra, modifié par Kaposi. On arrive ainsi à accoutumer la peau la plus irritable au goudron. Les solutions alcooliques de goudron, surtout l'huile de goudron de pin (Fichtentheer), ont une action beaucoup plus énergique et plus rapide, mais défigurent davantage ; si le goudron pur est indiqué, il préfère l'huile de cade. L'action du goudron est augmentée si l'on a soin de recouvrir de caoutchouc les parties enduites.

En cas de forte infiltration de la peau où les préparations de goudron agissent très lentement, Veiel emploie la chrysarobine et le pyrogallol, en protégeant le pourtour des surfaces malades avec de la colle à l'oxyde de zinc. Il utilise de préférence la chrysarobine pour le scrotum, l'anus, la nuque et les plis articulaires, tandis que le pyrogallol agirait mieux dans les eczémas rebelles du mamelon, de la paume des mains et de la plante des pieds. Il commence par des pommades à 2 p. 100. Selon lui, l'anthrorabine, le naphtol, la résorcine, la créoline et l'ichtyol ont une action moins sûre. Il n'emploie que rarement le soufre dans l'eczéma, notamment dans l'eczéma séborrhéique (Unna) ; il lui a été utile contre l'eczéma orbiculaire des lèvres et de la barbe. Pour les yeux, il a obtenu de très bons résultats d'une solution aqueuse de salicylate de zinc, 1/4 p. 100 ; pour le nez, d'une pommade boriquée à l'oxyde de zinc ; pour l'anus et le vagin, de suppositoires au tannin. A. Doyon.

Éléphantiasis. — Martin Gil. Elefantiasis de los Arabes, (*Gaceta medica catalana*, 1893).

Homme de 60 ans, qui fait remonter le début de sa maladie à 1880, après avoir passé deux mois à garder un chargement de blé provenant de la mer Rouge. L'affection a débuté par le pied gauche, qui présentait de temps en temps du gonflement accompagné de douleurs et de fièvre, phénomènes qui duraient de quelques heures à deux ou trois jours. Envahissement progressif de la jambe et de la cuisse, puis, il y a trois ans, du scrotum, dont les dimensions s'accrurent rapidement en même temps qu'apparaissaient des douleurs testiculaires avec de la fièvre. Le scrotum mesure 95 centim. de circonférence inférieure ; la longueur du pubis à son bord inférieur est de 56 centim., celle du périnée au pubis est de 89 centim. D'un pli inguinal à l'autre en passant par le bord inférieur du scrotum, on obtient 120 centim. La circonférence du pédicule était de 54 centim. Le scrotum pendait jusqu'aux condyles internes des fémurs. L'ouverture préputiale était si abaissée qu'il fallait introduire tout le doigt pour arriver

jusqu'au gland. On ne voyait sur la peau ni trace de frottement ni crevasse ; la peau était lisse, de la consistance du cuir. De nombreuses veines apparaissaient par transparence, mais sans varicosités. Lorsque le sujet se couchait, il ramenait le scrotum sur l'abdomen et les cuisses pour éviter le tiraillement du périnée et de l'hypogastre qui était douloureux. Après quelques heures de séjour au lit, la masse scrotale pâlissait et diminuait de volume. Opération au bistouri ; guérison. Poids de la masse scrotale, 30 livres. PAUL RAYMOND.

Eruptions médicamenteuses. — HARDAWAY. Keratosis of the palms and soles probably due to arsenic (*The Brit. Journ. of Derm.*, octobre 1893, p. 304).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, ayant pris depuis quatre ans, pour de l'épilepsie, quatre gouttes de liqueur de Fowler trois fois par jour, en même temps que du bromure de potassium.

Les lésions aux mains et aux pieds dont il est atteint se sont développées insidieusement à ce point que le malade ne peut donner de date de début, seulement l'épaississement déjà considérable de la peau remonte à un an et demi.

Les faces palmaires et plantaires sont atteintes, dans toute leur étendue, de lésions parfaitement identiques entre elles. C'est un épaississement de l'épiderme, de coloration brunâtre, avec quelques points plus fortement pigmentés.

Ces régions colorées sont le siège d'un grand nombre de petites saillies verruqueuses brunâtres, de dimensions et de formes différentes.

La sensation au doigt donne un peu de rugosité. Sur la face dorsale des mains, surtout au niveau des articulations digitales, existe un certain nombre de verrues communes.

Aux régions plantaires, les saillies verruqueuses sont moins nombreuses, mais un peu plus étendues. Pas de verrues sur le dos des pieds. Les ongles sont normaux. Pas de transpiration spéciale dans ces régions, et pas d'atteinte particulière des orifices sudoraux.

Il n'existait, dans ce cas, aucun signe de psoriasis, de syphilis ou de quelque autre maladie à manifestations kératosiques.

D'autre part, il n'y avait aucun rapport à établir avec la kératodermie symétrique des extrémités, de M. Besnier, ou avec l'érythème kératode de M. Brooke. On est donc bien en droit de penser à l'origine arsenicale de ces lésions ; l'administration concomitante du bromure de potassium rend le cas moins pur, mais de telles lésions n'ont jamais été produites par ce dernier médicament. LOUIS WICKHAM.

Érythème induré. — GLASCOW PATTESON. Érythème induré des scrofuleux (Bazin) (*The Brit. Journ. of Derm.*, novembre 1893, p. 338).

L'auteur rapporte une observation intéressante de noyaux érythémateux chez un sujet nettement scrofuleux, et au niveau de quelques-uns desquels il s'est produit des ulcérations.

Dans de tels cas, la confusion est extrêmement facile à faire avec la syphilis. Les auteurs français, d'après Glascow Patteson, semblent passer sous silence cette complication ulcérative qui cependant revêt dans l'espèce une importance de premier ordre au point de vue de la difficulté du diagnostic. LOUIS WICKHAM.

Glossite. — J.-B. DUPLAIX. Papillite linguale (*Gazette des hôpitaux*, 24 octobre 1893, p. 1157).

Sous ce nom, Duplaix décrit une affection caractérisée par une douleur d'intensité variable, toujours localisée aux deux tiers antérieurs de la langue, sans autres troubles fonctionnels, et par la présence, en certaines régions, plus particulièrement sur les bords et à la pointe de la langue, de petits points d'un rouge vif, déprimés comme si la muqueuse avait été enlevée à l'emporte-pièce ; ces exulcérations ne sont visibles qu'à la loupe, sont cachées dans les plis de la muqueuse et doivent être recherchées avec la plus grande attention ; un attouchement léger détermine une douleur très vive à leur niveau ; elles paraissent correspondre aux papilles filiformes qui ont disparu à la suite d'un processus inflammatoire ; les papilles fungiformes chez certains malades sont volumineuses, très saillantes, et forment à la surface de la langue une foule de petits grains d'un rouge vif, mais elles ne semblent pas être le siège des douleurs, car leur attouchement n'est pas douloureux. Le traitement consiste dans la cautérisation au galvanocautère des petites ulcérations; ce traitement est long, car les séances de cautérisation ne peuvent être trop prolongées.

GEORGES THIBIERGE.

Impétigo herpétiforme. — M. B. HERMAN. Impetigo herpetiformis (*Medical Record*, 16 septembre 1893, p. 356).

Femme âgée de 23 ans, réglée fort irrégulièrement depuis l'âge de 17 ans ; elle fut prise en août 1892 de douleurs et de gonflement des deux articulations tibio-tarsiennes, puis des deux genoux et des épaules. Trois mois après, et alors qu'elle avait encore des manifestations articulaires, elle eut un frisson, de la fièvre, des douleurs dans les membres, des nausées, et dès le lendemain elle vit une éruption vésiculeuse survenir autour de la bouche, au cou, prendre un aspect pustuleux, et envahir graduellement la face, le cuir chevelu, les quatre membres. Lorsqu'elle fut admise à l'hôpital, le 28 février 1893, le cuir chevelu dans son entier était recouvert de plaques pustuleuses, de croûtes molles, jaunâtres, baignées de pus. Le visage, le dos, les surfaces d'extension des bras, les surfaces de flexion des jambes, les parties internes et postérieures des cuisses étaient recouvertes de croûtes irrégulières, d'un brun noirâtre. Le cou, les mains et l'abdomen ne présentaient pas de lésions; sur le sternum et sur les pieds se voyaient quelques vésicules et quelques pustules discrètes de la grosseur d'un petit pois, et quelques groupes de pustules de la grosseur d'une pièce de 10 centimes. Autour des croûtes, on ne voyait pas d'aréole, sauf vers les genoux. Il n'y a jamais eu de prurit, ni d'adénopathies. La malade avait de grandes difficultés à ouvrir la bouche ; cependant il est

probable que les muqueuses buccale et pharyngée étaient atteintes. La température était de 101° F., le pouls était de 126. L'appétit était assez bon, mais elle ne pouvait prendre que des aliments liquides, à cause de la difficulté qu'elle éprouvait à remuer les mâchoires.

L'auteur la traita par des onctions huileuses pour faire tomber les croûtes, par des pansements humides phéniqués recouverts de gutta-percha pour nettoyer le cuir chevelu, puis par des pommades phéniquées ; à l'intérieur, il lui donna des salicylates jusqu'à ce que toute douleur eût disparu, puis successivement des toniques comme l'arsenic, la strychnine, le fer, la quinine. La malade s'améliora peu à peu : les ulcères se comblèrent en donnant naissance à des cicatrices irrégulières ; les éruptions cessèrent de se produire, et le 24 mai elle quitta l'hôpital en parfait état.

L. B.

Inflammation et chimiotaxie. -- P. G. Unna. Entzündung und chemotaxis Communication faite à la section de médecine des naturalistes de Heidelberg. Tirage à part de la *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1893).

Il est difficile de caractériser et de systématiser les diverses inflammations des autres organes, mais les maladies inflammatoires de la peau sont encore beaucoup plus compliquées. Leur nombre très considérable rend très compliquée toute classification systématique et met en défaut toutes les théories de l'inflammation imaginées jusqu'à présent. La facilité de les observer comparativement aux organes internes permet de constater qu'il n'y a peut-être pas deux maladies identiques, que chacune constitue par elle-même une partie spéciale de la pathologie. En dehors de la théorie cellulaire de Virchow et de celle de Cohnheim sur la lésion des parois vasculaires, Unna a cherché s'il n'existerait pas un principe pathologique encore plus général, participant en quelque sorte de la nature protéiforme des symptômes cliniques de l'inflammation et se rapprochant de celle-ci par son élasticité. Dans ce but, il a étudié les recherches de Pfeffer et de Leber sur les actions chimiotaxiques des différentes substances sur les bactéries et les leucocytes, qui paraissaient expliquer à première vue par l'attraction chimique de la matière vivante des faits qui étaient en contradiction avec les théories antérieures. Cette manière d'envisager la question n'est pas nouvelle, car les plus anciennes théories de l'inflammation étaient des théories attractives. Il a montré, il y a un an, par l'exemple de l'impétigo de Bockhart, de simples abcès épidermiques provoqués par les staphylocoques jaunes et blancs. Les staphylocoques dans ces lésions se trouvent uniquement dans une membrane non vasculaire, l'épiderme, immédiatement au-dessous de la couche cornée, mais sans que leur prolifération porte une atteinte directe visible aux cellules. On peut donc affirmer en toute assurance que les produits pathologiques qui s'accumulent autour de ces micro-organismes sont attirés de loin par eux et uniquement par eux, car il n'y a pas d'altérations pathologiques de l'épiderme qui puissent expliquer la migration et l'attraction des leucocytes.

Si on considère en outre que dans la région d'où proviennent les leucocytes, dans le corps papillaire très vasculaire, il n'existe pas de

lésions des vaisseaux et que l'émigration autour de ces vaisseaux papillaires s'arrête aussitôt après la formation de l'abcès, on est forcé de conclure que l'attraction des leucocytes des vaisseaux papillaires constitue le processus morbide, le processus inflammatoire tout entier. Toutes les théories de l'inflammation établies jusqu'ici sont insuffisantes et inutiles, car elles manquent de toute base histologique (telle que prolifération cellulaire, lésion des vaisseaux, de l'épithélium et du tissu conjonctif).

Ce simple exemple d'une inflammation grave commençant et se terminant par la seule attraction chimiotaxique d'un exsudat est extrêmement instructif. Les leucocytes ne sont pas expulsés de vaisseaux lésés pour arriver au hasard vers l'agent nocif et y être maintenus, ils sont brusquement attirés des vaisseaux intacts dans une direction unique vers un point donné. Il se forme par suite rapidement une grosse goutte de pus, sans qu'il y ait eu en un seul point de la périphérie des altérations notables et visibles.

L'auteur, pour justifier sa théorie, examine ensuite les dermatoses vésiculeuses qui offrent les exemples les plus frappants de l'origine chimiotaxique des inflammations.

Une affection confondue jusqu'à ces derniers temps avec l'impétigo staphylogénique est l'eczéma vésiculeux. Il y a lieu de distinguer ici deux formes de vésicules, la vésicule ordinaire de l'eczéma chronique et une efflorescence vésiculeuse beaucoup plus rare, à marche aiguë, qui résulte de l'inoculation spontanée ou artificielle des organismes de l'eczéma sous la couche cornée. C'est cette dernière variété seule dont l'auteur veut s'occuper.

Les morocoques de l'eczéma sont pour cette espèce de vésicule eczémateuse ce que les staphylocoques sont pour la pustule du pus. Contrairement aux staphylocoques qui sont des anærobes facultatifs, les morocoques ne peuvent guère vivre sans oxygène ; ce sont des ærobes parfaits, par conséquent confinés à la surface de la peau. Si, par suite de circonstances favorables, ils pénètrent plus profondément, ils meurent vite et l'affection engendrée par eux guérit spontanément et promptement. La ressemblance des vésicules spontanées ou inoculées, avec l'impétigo tient uniquement à ce fait, qu'ici aussi les microbes ont pénétré sous la couche cornée et ont attiré une goutte de pus, qui sépare maintenant la couche cornée de la couche épineuse. Dans l'impétigo le pus est pur, tandis que dans l'eczéma il est mêlé à beaucoup de sérum qui, par sa coagulation, forme l'eczéma croûteux après dessiccation des vésicules.

On a donc ici une exsudation résultant d'une action chimiotaxique à distance, mais avec de grandes différences de caractères morphologiques et chimiques de l'exsudat, différences tenant à ce que, en dehors des leucocytes il y a attraction de grandes quantités de sérum. On pourrait se figurer à priori qu'il doit toujours en être ainsi, et qu'une émigration de leucocytes, sans extravasation séreuse, est inadmissible, et elle le serait en effet dans l'hypothèse de Cohnheim d'une plus grande porosité des vaisseaux en cas d'inflammation. Mais l'exemple de l'impétigo staphylogénique et sa différence d'avec la vésicule eczémateuse déterminée par le morocoque nous renseignent mieux. Le sérum de la vésicule n'accompagne

pas nécessairement les leucocytes, il arrive dans la vésicule d'une manière indépendante, et si on a de bonnes raisons d'admettre une chimiotaxie pour les leucocytes, il serait inconséquent de chercher autre chose pour le sérum — uniquement parce que c'est un corps albumineux amorphe.

L'exemple suivant est encore plus typique. Il s'agit d'une préparation provenant d'une fillette de 18 mois ayant une éruption de vésicules sur la face, lesquelles présentaient une certaine ressemblance avec les vésicules de la vaccine. On avait ici une vésicule exactement du même type que l'impétigo. Au sommet, sous la couche cornée et ayant pénétré par un conduit sudoripare, une colonie de cocci qui se distingue sous plusieurs rapports des amas de staphylocoques et de morocoques, sans qu'il soit possible de les caractériser d'une manière précise. L'épiderme et le corps papillaire paraissent complètement normaux, l'exsudat est constitué par du sérum pur, il n'y a pas un seul leucocyte dans la vésicule et son pourtour. D'après les idées actuelles, il serait possible qu'un sérum relativement pur, dépourvu de leucocytes, sorte des capillaires en cas d'inflammation ; mais pour qu'il y ait absence complète de leucocytes, il faut que le petit nombre de ceux qui sont normalement extravasés ne puissent émigrer, soient repoussés.

Ce cas montre encore que le mélange de sérum et de leucocytes dans la vésicule eczémateuse n'est pas produit par un certain degré d'inflammation. On a ici une vésicule séreuse, dans l'impétigo une pustule ; on est de plus en plus amené à admettre que tout microbe provoquant une inflammation attire des éléments du sang tout à fait déterminés, figurés ou non, en repousse d'autres et donne lieu ainsi à une forme particulière d'exsudat.

Chez un enfant de 10 ans, il survenait, depuis quatre ans, à divers intervalles, sur le siège et la surface d'extension des cuisses, des bulles arrondies, de la dimension d'un pois à celle d'une lentille. Elles apparaissaient toujours en grand nombre à la fois et ressemblaient au début à de petites pustules jaunes entourées d'une aréole rouge. Leur aspect était celui d'un impétigo présentant une extension et une marche spéciales, mais l'examen microscopique montra que l'efflorescence entière était traversée dans toutes ses parties par des filaments de fibrine. A l'intérieur de la bulle, les leucocytes et les cellules épithéliales sont entourés d'un réseau serré de fibrine. Dans le centre, il y avait des staphylocoques qui différaient par leur grandeur et leur forme des staphylocoques ordinaires ; il y avait en outre une grande quantité de fibrine, qui fait, comme on le sait, complètement défaut dans la suppuration provoquée par les staphylocoques ordinaires.

On est donc obligé d'admettre qu'à côté de nombreux leucocytes une substance presque exclusivement fibrinogène est sortie des vaisseaux sanguins à la place du sérum habituel et a obéi à l'attraction chimiotaxique des micro-organismes.

Dans tous ces cas, on a affaire à la même pathogenèse : un micro-organisme pénètre sous la couche cornée, se multiplie au contact des liquides organiques, sécrète des toxines qui, suivant leur caractère chimique, agissent sur les tissus dans un rayon plus ou moins étendu,

sur leurs éléments mobiles, c'est-à-dire les éléments de la lymphe et du sang ainsi que les cellules migratrices. Le refoulement de certains éléments organiques échappe à notre observation, car il boutit à leur dispersion centrifuge ; mais l'attraction de certains éléments mobiles, figurés et non figurés, se traduit de bonne heure par leur réunion centripète au point d'attraction, leur accumulation constitue l'exsudat, le processus entier l'inflammation.

Le principe de la chimiotaxie comporte toujours l'idée d'une action à distance des micro-organismes au moyen de toxines. Les microbes doivent pouvoir se multiplier pour les produire et un certain degré d'humidité est indispensable pour permettre leur diffusion. Quand les conditions nécessaires sont remplies, on peut très bien se représenter une action des bactéries de la couche cornée sur les éléments du derme. Cette théorie seule permet de s'expliquer l'étiologie d'un grand nombre de dermatites superficielles, en particulier des catarrhes de la peau et des inflammations folliculaires.

Ceci étant, l'apparition des premières altérations inflammatoires sur les éléments du derme, — par exemple, dans le lichen plan, — ne sera plus une raison péremptoire de localiser dans le derme le siège primitif des causes de l'inflammation ; on devra penser à la possibilité de leur présence dans l'épiderme, à la possibilité d'une action à distance. Ce principe de la chimiotaxie est applicable non seulement aux dermatites, mais sera encore d'une réelle utilité dans la pathologie générale.

L'avenir dira comment agissent les irritants mécaniques, les autres causes physiques (chaleur, froid) et si celles-ci ne se transforment pas peut-être au préalable en causes chimiques. Il y a aussi à étudier à ce nouveau point de vue la diapédèse des globules rouges du sang, spécialement les dermatoses hémorrhagiques, ainsi que la migration des graisses et pigments. Le principe de la chimiotaxie a rendu inutile l'hypothèse de Cohnheim et superflue la recherche d'une lésion vasculaire primaire. Les substances et cellules attirées hors du vaisseau se fraient une voie à travers les parois intactes et peuvent tout au plus donner lieu à une lésion vasculaire secondaire par l'exsudation, si cette dernière persiste longtemps. On s'explique d'une façon tout aussi simple le paradoxe du ralentissement du sang dans les vaisseaux dilatés des région enflammées, le sang étant fixé en ce point par l'attraction chimiotaxique.

D'après cette manière de voir, l'hyperhémie inflammatoire diffère beaucoup de l'hyperhémie nerveuse ou paralytique (ou congestive), et présente de plus nombreuses analogies avec l'hyperhémie de stase due à certaines causes physiques, notamment la diminution de la pression atmosphérique et la pesanteur. Celles-ci se distinguent, il est vrai, fondamentalement des hyperhémies inflammatoires par l'absence d'un choix chimique de l'exsudat ; cette analogie n'existe qu'en ce qui concerne le mécanisme grossier du processus. On a donc ici l'occasion de donner une définition différentielle de l'exsudat et du transudat : l'exsudat est le résultat d'un passage chimiotaxique d'éléments liquides du sang des vaisseaux dans le tissu, tandis que le transudat est le résultat d'un passage de ce genre dû à des causes physiques.

Unna définit provisoirement l'inflammation : une altération de tissu

(progressive ou régressive, exsudative, proliférante ou simplement nutritive) déterminée par l'issue d'un exsudat des vaisseaux sanguins, consécutive à la présence dans le tissu d'un corps doué d'une action chimiotaxique. A. Doyon.

Lèpre. — Licciardi Annino. Sulla patogenia della lepra (*Gazetta degli ospitali*, 1893, p. 106).

L'auteur a trouvé, dans l'expectoration d'un sujet atteint de lèpre tuberculeuse et nerveuse, et présentant sur l'épiglotte épaissie un semis de petites granulations, un bacille présentant les caractères du bacille de Koch. En étudiant comparativement ce bacille et les bacilles provenant de tubercules lépreux typiques ou de cultures de tissu lépreux sur gélatine à l'agar, il a constaté que les bacilles provenant des cultures se développent à la manière du bacille de Koch, se colorent de la même façon, ont des dimensions égales à celles du bacille de Koch et présentent des zones transparentes analogues à celles considérées comme les spores du bacille de Koch. Il fait remarquer que, au point de vue anatomique, le granulome est toujours identique à lui-même quelle que soit sa cause, que la lèpre et la tuberculose déterminent des lésions des ganglions lymphatiques et que les deux affections sont justiciables du traitement par la cautérisation. Toutes ces raisons l'amènent à identifier, au point de vue biologique, le bacille de Koch et le bacille de Hansen.

Georges Thibierge.

La lèpre en Suède. — Oehrn et Sederholm. Spedslkhed i Sverig (*Hygiea*, n° 10, 1893).

MM. Oehrn et Sederholm ont présenté au Congrès des médecins suédois à Gefle, 1893, un rapport sur la lèpre en Suède.

En **Helsingland** (pays en Norrland à la côte occidentale du golfe de Bothnie) on a déployé les meilleurs efforts pour entraver la maladie. Le premier cas a été observé en 1804 ; depuis, la maladie a augmenté et peut être considérée depuis 1850 comme endémique en certaines paroisses :

1856 : 67 lépreux.
1864 : 92 »
1874 : 122 ».

mais depuis 1874 le nombre a diminué, jusqu'à 62 en 1892.

Les causes de la décroissance de la maladie sont l'isolement de plus en plus effectif, surtout depuis l'inauguration de la léproserie de *Jerfsœ* (1867), qui peut maintenant abriter 46 malades.

Parmi les 412 lépreux qui ont été observés pendant les années de 1864-1892 :

146 avaient la forme tubéreuse ;
147 la forme anesthésique ;
119 présentaient des formes mélangées.

Pour ce qui concerne les autres contrées de la Suède, le rapport de M. Sederholm se base sur les rapports officiels des médecins pour les deux derniers lustres.

M. *Wistrand* prétend qu'en 1864 la lèpre était encore restreinte au seul

pays d'Helsingland; mais depuis cette époque on a découvert constamment de nouveaux cas à différents endroits. Dans les dix dernières années, Sederholm a pu réunir une statistique de 103 nouveaux cas, dont 13 avaient contracté la maladie en Helsingland, 90 dans les autres pays de la Suède.

Les cas se répartissent ainsi :

Département d'Upsal, 9.
» de Calmar, 3.
Ile de Gotlande, 3.
Département de Blekinge, 1.
» de Bohns, 7. — (Probablement ce chiffre est-il trop inférieur à la vérité.)
» Elfsberg, 1.
» Skaraborg, 2.
» Vestmanland, 1.
» Vermland, 24.
» Dalarne, 30.
» Vestnorrland, 14.

Les auteurs craignent une expansion de la maladie par les ouvriers des forêts et prient leurs collègues de ne pas méconnaître les formes anesthétiques. Dr Ehlers (Copenhague).

Lèpre (Toxicité de l'urine dans la). — V. Fisichella. Sulla tossicità dell' urina dei lebbrosi (*Riforma medica*, 5 et 7 août 1893, p. 350 et 364).

D'expériences faites avec les urines de deux sujets, l'auteur conclut que les urines, dans la lèpre tuberculeuse, sont plus toxiques que celles des sujets sains : le degré de toxicité est en rapport direct avec la gravité et la durée de la maladie. La succession des symptômes morbides provoqués chez les animaux est celle que l'on observe avec les urines normales; cependant il y a prédominance des phénomènes convulsifs et de l'hypothermie. Il est impossible de déterminer la quantité d'urine lépreuse nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal, à cause de la diversité des degrés d'extension de la maladie et de la variabilité de la sensibilité individuelle des lapins. Sous l'influence du traitement, la toxicité de l'urine diminue, pour tomber à la normale. Georges Thibierge.

Lupus — B. Merrill Ricketts. Lupus, its extirpation (*New-York medical Journal*, 23 septembre 1893, p. 349).

Étant données la gravité du lupus et la résistance de cette affection à toutes les médications connues, l'auteur se croit autorisé à employer contre elle, toutes les fois que c'est possible, l'extirpation complète. Il ne recule pas devant l'amputation d'un doigt ou d'un orteil sur lequel un lupus s'est développé. Il n'hésite même pas à intervenir radicalement dans les lupus multiples, pourvu que les plaques soient toutes petites. Au visage, la question de l'extirpation du lupus est plus délicate, mais elle doit être résolue par l'affirmative toutes les fois qu'on peut faire une autoplastie pour ne pas

avoir de difformité. L'auteur publie plusieurs cas de lupus érythémateux guéris par cette méthode.

Nous n'insistons pas, car ce procedé est déjà ancien, et il est admis qu'on doit l'employer dans certains cas. L. B.

Lupus acnéiforme. — Jonathan Hutchinson. Notes on a form of acné-lupus (*The Brit. journ. of Derm.*, octobre 1893, p. 298).

En raison des points de vue originaux et de la haute compétence de l'auteur, nous traduisons sans commentaires cette étude en entier.

« J'ai observé jusqu'à ce jour trois malades atteints depuis longtemps au cuir chevelu de lupus érythémateux, chez lesquels apparurent aux épaules de petites pustules acnéoïdes, quelques-unes revêtant l'espect du lupus. Je ne crois pas qu'on ait jamais décrit une pareille éruption dans les régions scapulaires et dorsales, et pourtant celle-ci offre un intérêt pathologique de la plus haute importance. Lorsque le lupus envahit le cuir chevelu, il est probable que la lésion siège principalement dans les glandes annexes des follicules pileux ; en d'autres termes, c'est une affection parente du sycosis. Et lorsque les éléments éruptifs dont j'ai parlé apparaissent aux épaules, ils sont clairement du genre acné et se développent dans les glandes sébacées. Ils siègent précisément aux régions d'élection de l'acné. Aussi est-il probable qu'ils résultent d'éléments infectieux dérivés des glandes sébacées du cuir chevelu.

La première de mes observations concerne une jeune femme, soignée par le Dr Colcott Fox. Je possède un dessin de l'éruption montrant la face postérieure du cou et les régions supérieures des épaules couvertes de petites papules sans aucune tendance à la pustulation. Il n'y a pas d'acné vulgaire. Le Dr Fox a présenté le cas à la Société de dermatologie.

Mon second malade avait le cuir chevelu affecté depuis l'enfance d'une forme maligne de lupus érythémateux.

Il vint me consulter, alors âgé de 25 ans, et je le soignais depuis un an, lorsqu'il me dit avoir quelques boutons dans le dos.

Étant plus ou moins sujet à l'acné depuis des années, il n'avait jusqu'alors attaché aucune importance à cette affection. Je le fis déshabiller et je découvris une éruption dont je possède une belle photographie. Disséminées au milieu d'un grand nombre de petites pustules impossibles à distinguer de l'acné vulgaire, se trouvaient quelques taches de la dimension d'une pièce de 50 centimes, formées par un groupement de petites papules rouges de lichen, évidemment infectieuses. Quelques-unes étaient en voie de cicatrisation, d'autres présentaient de petits bouquets de capillaires dilatés, parfaitement identiques à ceux qui existaient au cuir chevelu.

Une troisième observation est celle d'une dame que j'ai soignée depuis six ou sept ans, pour un lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu. Les taches lupiques, sauf une seule toute petite sur la joue, se sont cicatrisées sous l'influence de cautérisations répétées. Cette dame a été sujette, ces temps derniers, à de fréquentes congestions de la face, présentant des caractères identiques à ceux de l'acné rosée. Aux épaules, existent un certain nombre de petits éléments d'acné, qui, par l'extension de leurs

bords, ont pris les caractères du lupus. Ils sont analogues à ceux que j'ai décrits plus haut.

Ces exemples me paraissent empreints d'un grand intérêt, en ce qu'ils démontrent cette loi générale que des éléments infectieux développés dans les tissus ou viscères, tendent à s'établir et à pulluler dans les régions à structures analogues. Cette théorie, je crois, permet d'expliquer la concomitance d'un sycosis-lupus du cuir chevelu et d'un acné-lupus aux épaules. Jusqu'à présent, dans le lupus, je n'ai encore rencontré que deux fois les épaules des malades lorsque le cuir chevelu était atteint. Mais il est très possible que, si l'on examine plus souvent les épaules des malades atteints de lupus érythémateux de la face, on s'apercevrait d'une plus grande fréquence des lésions que je viens de décrire.

Dans bien des formes du lupus érythémateux, les glandes sébacées sont très nettement atteintes. »

Louis Wickham.

Lymphangiome. — Finch Noyès. A case of lymphangioma circumscriptum. (*The Brit. med. Journ.*, 3 juin 1893, p. 1159.)

Les cas de lymphangiome circonscrit sont très rares, dit l'auteur, et il est important de ne point laisser passer sous silence ceux que l'on peut observer. Le cas nouveau de Finch Noyès est le premier qui ait été publié en Australie. Il s'agit d'une petite fille de 12 ans, bien développée, et de belle apparence. Celle-ci prétend avoir eu tout d'abord une « tache de naissance » à la partie supérieure de la cuisse droite près du pli de l'aine. Cette tache ne s'est modifiée qu'à l'âge de 10 ans et demi, prenant alors un certain développement, et saignant parfois avec abondance.

Dès lors apparurent de petites vésicules, enchâssées dans la peau, comme de petits grains de sagou bouilli. Puis les dimensions de ces vésicules augmentèrent ; les unes restant isolées, les autres se groupant en bouquet; enfin les lésions prirent peu à peu l'aspect suivant :

Il existe, au point indiqué, huit groupes distincts de vésicules ; les plus étendus offrent les dimensions d'une pièce de 1 franc.

Les vésicules en bouquets par places sont claires, brillantes et transparentes. Quelques-unes ont une teinte rosée. Çà et là des vésicules en petit nombre sont remplies de sang veineux, donnant à la lésion l'aspect d'une framboise mûre. La peau dans l'intervalle des groupes de vésicules présente dans l'épiderme de petits grains durs. Toutes ces lésions, par une pression douce, peuvent être complètement vidées, mais se remplissent de nouveau, dès qu'on cesse la pression. La piqûre fait écouler un liquide transparent, de réaction alcaline.

Au niveau des plus anciennes lésions, l'épiderme commence à s'épaissir, leur donnant un aspect de verrues.

Ces vésicules n'ont jamais eu de tendance à s'ouvrir, ni à rétrocéder spontanément. Il n'y a jamais eu de signes subjectifs.

L'électrolyse employée comme traitement a rapidement oblitéré les vésicules. Mais deux ans après l'opération, quelques petites vésicules très fines avaient réapparu.

Louis Wickham.

Malformation congénitale. — Collet et Lacroix. Malformation congénitale de la face et du crâne, avec éléphantiasis des parties molles. Névrome plexiforme. Tumeurs multiples disséminées sur le tronc et les membres. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2 décembre 1893, p. 569.)

Localisation anormale de lésions congénitales aujourd'hui bien connues des dermatologistes.

Jeune homme de 18 ans, dont la mère a la peau couverte de tumeurs de molluscum pendulum. Les lésions de la face remontent à la première enfance et ont augmenté récemment à la suite d'un traumatisme (coup de sabot sur la région zygomatique). Sur la moitié droite de la face, deux larges replis cutanés, pendants, correspondant l'un à la joue, l'autre à la paupière supérieure, ce dernier recouvrant l'œil et mesurant une hauteur de 7 centimètres, le premier partant de la commissure labiale pour aboutir à l'oreille débordant le menton de 1 centimètre, et mesurant une hauteur de 8 centimètres et demi ; ces replis donnent la sensation d'une masse molle renfermant des nodosités ; ils sont le siège d'une pigmentation assez prononcée.

Voûte palatine très ogivale, sa moitié gauche effacée par une vaste saillie aplatie du volume d'une noix ; muqueuse de la joue hypertrophiée. Angle du maxillaire en partie effacé des deux côtés. Le squelette de la face ne paraît pas déformé, autant qu'on peut en juger à travers les parties molles. Sur le crâne, dépressions peu marquées au niveau de la petite fontanelle et des deux astérions ; traces de la suture coronale ; toute la fosse temporale gauche est comblée par une vaste saillie osseuse qui se termine assez brusquement au-dessus du pavillon de l'oreille.

Sur le cou et le tronc, nombreux nævi pigmentaires et tumeurs de molluscum.

L'excision de larges bandes des deux tumeurs a atténué considérablement les difformités de la face.

A l'examen histologique, volume considérable des troncs nerveux du derme, dont l'hypertrophie porte à la fois sur les fibres nerveuses amyéliniques et sur le tissu fibreux engainant ; peau constituée par un tissu conjonctif très dense parcouru de vaisseaux nombreux et rappelant en certains points la disposition de certains angiomes capillaires cutanés.

Les auteurs croient que le fait primordial est la prolifération du tissu nerveux et que les autres lésions n'en sont que la conséquence. Sans contester l'importance des lésions nerveuses dans les cas de ce genre, nous croyons que ces nævi, — il n'y a pas de doute, en effet, sur la nature congénitale de ces altérations, — portent *à la fois* sur les nerfs et sur les tissus adjacents, mais que rien n'autorise à admettre le rôle primordial du système nerveux. Nous ne pouvons admettre la dénomination d'éléphantiasis employée par les auteurs pour une lésion congénitale où le système lymphatique ne paraît pas en jeu. Georges Thibierge.

Nævi et carcinomes. — P. G. Unna. Nævi und Nævocarcinome. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1893, p. 14.)

Comme on l'admet en général aujourd'hui, l'auteur était convaincu que

les tumeurs malignes provenant de nævi pigmentaires, principalement à la suite de traumatismes, étaient ordinairement des sarcomes. Or le premier cas de ce genre qu'il eut l'occasion de soumettre à un examen attentif, lui fit reconnaître un carcinome bien caractérisé de structure alvéolaire. Les carcinomes alvéolaires de la peau sont loin d'être fréquents. Sur plus de 70 carcinomes de la peau, il n'en a rencontré que 10 de ce type. Mais tous les nævi-carcinomes appartiennent à cette variété.

Unna a eu l'occasion d'examiner 4 nævi-carcinomes primaires qui étaient tous des carcinomes alvéolaires, bien qu'il n'y eût pas ici de métaplasie en épithéliums dépourvus de fibres. Mais l'origine principale de ces carcinomes n'était pas l'épithélium de revêtement. Ils provenaient plutôt des cellules de nævus (Nævuszellen) enfermées dans le tissu conjonctif, cellules un peu négligées jusqu'ici par l'histologie et pourtant si intéressantes.

Quant à la nature et à l'origine de ces cellules l'auteur a pu examiner quelques nævi pigmentés de nouveau-nés et de tout jeunes enfants. Il a constaté que les cellules sont de véritables épithéliums qui se sont détachés de l'épithélium de revêtement pendant la période embryonnaire ou les premières années de la vie. Les épithéliums, qui forment plus tard des cellules de nævus, se détachent de l'épithélium du tégument sous forme de foyers spéciaux avant d'en être définitivement séparés par l'interposition du tissu conjonctif. Mais bientôt le tissu conjonctif du derme (ou du corps papillaire chez les jeunes enfants) les enveloppe, et ils sont détachés pour toujours de l'épithélium tégumentaire et incorporés au derme comme germes épithéliaux.

Tout ce processus de séparation de l'épithélium a déjà une certaine analogie avec la formation des carcinomes alvéolaires, aussi bien sous le rapport de la déformation des bourrelets épithéliaux qui se produit là que sous celui de la métaplasie de la structure délicate de l'épithélium.

Bien que Unna ne soit pas partisan de la théorie des tumeurs de Cohnheim et qu'il soit convaincu que celle-ci ne saurait s'appliquer qu'aux tumeurs bénignes et jamais aux tumeurs malignes,pour lesquelles la théorie parasitaire lui paraît plus vraisemblable, il croit lui avoir donné l'élément le plus important pour sa théorie du carcinome.

A. Doyon.

Pemphigus. — Ramon Claveria. Un caso curioso de penfigo. (*Revista de medicina y cirugia practicas.* Madrid, 1893, p. 32.)

Jeune fille de 17 ans, lymphatique, chlorotique avec aménorrhée. A différentes reprises, attaques hystéro-épileptiques. Au printemps de 1892, apparaît une éruption de pemphigus qui ne fut ni précédée ni accompagnée de troubles généraux. Après avoir envahi la plus grande partie de la surface cutanée, ce pemphigus disparut au bout de deux mois, le traitement ayant consisté en toniques, ferrugineux et bains chauds.

Au printemps de 1893, réapparition du pemphigus, encore sans troubles généraux, mais cette fois, les bulles qui apparaissent par poussées périodiques ne présentent plus la forme circulaire ou ovale caractéristique. Cette forme est à présent singulière. Toutes les bulles ont la forme d'un

rectangle ou d'un carré parfait. Elles sont précédées par l'apparition de l'emplacement où elles doivent se développer et celui-ci est circonscrit par des lignes droites, claires. Bientôt se développent de petites vésicules distinctes qui, huit ou dix heures plus tard, se réunissent pour former la bulle unique. Tous les deux ou trois jours apparaissent de trois à dix nouvelles bulles, avec les mêmes caractères de forme. Les anciennes disparaissent en laissant une macule violacée qui s'efface petit à petit. Comme on pouvait penser à une éruption simulée, on fit revêtir à la malade une chemise spéciale et scellée et on la surveilla. Les bulles se développèrent néanmoins de la même façon. PAUL RAYMOND.

Prurit cutané. — EDWARD BENNET BRONSON. The treatment of itching. (*Medical Record*, 14 octobre 1893, p. 481.)

Voici ce que nous voyons surtout à relever dans ce travail : l'auteur préconise comme médicaments internes antiprurigineux le cannabis indica qui est un anesthésique et un analgésique cutané, et le gelsemium qui a souvent réussi dans les urticaires rebelles. Il entre dans de grands détails sur le mode suivant lequel agissent les divers procédés locaux actuellement en honneur contre le prurit, la chaleur, le menthol, la solution de peroxyde d'hydrogène, etc... Il termine en indiquant les meilleurs procédés à employer dans tel ou tel cas ; dans le prurit sénile, il recommande le faradisme surtout appliqué vers la colonne vertébrale et au moyen du pinceau électrique, la douche froide lui a parfois donné des résultats dans ce cas, ainsi que certaines frictions cutanées ; à l'intérieur la teinture de cannabis indica à doses progressives et la strychnine lui ont paru utiles. L. B.

Rhinosclérome.— GEORGE THOMAS JACKSON. A case of rhinoscleroma. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, octobre 1893.)

Femme de 54 ans, née en Hongrie; la maladie débuta il y a seize ans par un léger épaississement de la lèvre supérieure au-dessous de la cloison, un peu à gauche. Depuis lors, la lésion a peu à peu augmenté sans douleur; mais dans les quatre dernières années l'augmentation a été beaucoup plus rapide; à certains moments, l'épaississement semble être plus volumineux qu'à d'autres. Lorsque l'auteur la vit, la lésion était constituée par une masse dure, bien délimitée, surélevée, semblable comme teinte à du vieil ivoire, localisée à la lèvre supérieure, commençant un peu en dehors de la ligne médiane à droite, et de là s'étendant à presque tout le côté gauche de la lèvre; elle a un peu envahi le côté gauche de la cloison; elle est légèrement lobulée, a un aspect irrégulier, et présente de nombreux petits capillaires à sa surface et des points blancs correspondant sans doute aux orifices dilatés des follicules. On ne peut renverser la lèvre, qui a une consistance tout à fait cartilagineuse. Il n'y a pas d'ailleurs le moindre phénomène douloureux, mais une simple sensation de gêne. Quoiqu'il n'ait pu pratiquer d'examen histologique, et qu'un examen antérieur, fait, il est vrai, dans de mauvaises conditions par Lutsgarten, n'ait permis de découvrir aucun bacille, l'auteur croit qu'il s'agit bien d'un cas de rhinosclérome. L. B.

Trichophytie du cuir chevelu simulant la pelade. — Henry H. Whitehouse. A case of ringworm of the scalp simulating alopecia areata. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, octobre 1893, p. 399.)

Enfant de 7 ans, porteur au sommet de la tête d'une plaque d'alopécie complète d'environ 24 pouces de diamètre sans aucune éruption apparente : pas d'autre point malade dans le cuir chevelu. L'aspect était tout à fait celui d'une pelade ; la peau était blanche, lisse, et souple, sans squames : sur la périphérie de la plaque se voient des fragments de cheveux comme on en trouve dans l'alopécie en aires avec une extrémité plus volumineuse en forme de point d'exclamation. La maladie a débuté il y a six mois par une petite papule squameuse qui s'agrandit peu à peu jusqu'à avoir la grandeur d'un ongle de petit doigt, avant que les cheveux n'aient commencé à tomber. La lésion à cette époque était rouge et squameuse : puis peu à peu, à mesure qu'elle s'agrandit, elle perdit son aspect et devint lisse et brillante.

L'examen microscopique montra la présence dans les poils malades du trichophyton tonsurant. L'auteur croit qu'il doit y avoir pas mal de cas de pelade dite parasitaire qui sont analogues au précédent. L. B.

Tuberculose de la peau. — H. Koebner. Tuberculose der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynxtuberculose. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1893, p. 414).

La tuberculose typique de la peau dans le sens restreint du mot, ayant vraiment pris naissance dans la peau, non transmise par les tissus sous-jacents, est encore aujourd'hui un fait rare.

Elle se localise le plus souvent autour des orifices naturels du corps. Il n'en est pas de même dans le cas actuel qui est en outre intéressant en ce qu'il montre le danger du traitement mercuriel de néoplasmes ou d'ulcérations de nature équivoque, avant d'avoir au préalable épuisé tous les moyens de diagnostic à notre disposition ; d'autre part il présente un réel intérêt au point de vue de l'hygiène des boutiques de barbier.

Il s'agit d'un serrurier de 43 ans qui serait atteint depuis environ deux ans d'un ulcère situé dans la barbe de la région sous-mentonnière et contre lequel tous les traitements ont échoué. Malade très anémique, d'une maigreur extrême, complètement aphone. Sa femme serait morte phtisique dix ans auparavant après dix ans de mariage. Pas d'antécédents héréditaires dans sa famille ; jusqu'à il y a sept ans, il a toujours été bien portant. A cette époque, il fut pris pour la première fois d'enrouement et de maux de gorge pour lesquels il se fit traiter pendant huit mois dans une clinique laryngologique où on constata une ulcération de la corde vocale gauche avec légère infiltration du sommet du poumon droit (bacilles dans les crachats). L'état subjectif est resté ensuite bon pendant environ quatre ans jusqu'à il y a deux ans où il survint la petite plaie du menton. Il se fait malgré cela raser une fois par semaine et chaque fois on enlevait la croûte sous laquelle il y avait toujours du pus. Au bout de plus d'un an,

l'ulcère avait atteint la dimension d'une pièce de 20 centimes, lorsque le malade devint subitement enroué en juin 1892. Après plusieurs mois dans une policlinique d'un traitement uniquement intralaryngien, ce malade fut soumis, dans une clinique dermatologique de Berlin, pendant dix semaines, à une médication antisyphilitique qui aggrava notablement l'affection du larynx. C'est à ce moment que le professeur Köbner vit le malade. Il constata, à 3 centim. au-dessous du maxillaire inférieur, un ulcère arrondi de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, à fond grisâtre, atteignant à peu près la limite du tissu sous-cutané, recouvert de croûtelles ou de granulations jaune rougeâtre, petites, molles, très irrégulièrement disséminées, dont les bords étaient aplatis, un peu livides, très légèrement infiltrés, ni lardacés, ni décollés. Le contour de ces bords était irrégulier et présentait de très petites dentelures miliaires atteignant jusqu'à la dimension d'une tête d'épingle, ils saignaient peu au contact et étaient assez douloureux. Les ganglions avoisinants étaient tuméfiés, durs, indolents, proéminents. Pâleur des muqueuses et de la peau. A l'examen laryngoscopique, périchondrite épigloto-arythénoïdienne ; au-dessous des ligaments thyro-arythénoïdiens supérieurs très tuméfiés, ulcération assez étendue des cordes vocales, laquelle s'étendait en avant jusqu'au cartilage thyroïde. Tuberculose de la peau et du larynx. On excisa un fragment du bord de la peau avec les granulations voisines et on trouva de nombreux bacilles, ainsi que des cellules géantes.

L'auteur insiste ensuite sur l'influence fâcheuse du traitement mercuriel sur la tuberculose laryngée que l'on confond quelquefois avec la syphilis.

En terminant, Köbner fait remarquer à propos de ce malade avec quelle facilité le rasoir peut devenir une nouvelle source de contagion de la tuberculose. Il rappelle les conseils qu'il a depuis longtemps donnés aux barbiers de Berlin et de l'Allemagne sur la nécessité de ne se servir dans les établissements ouverts au public que de rasoirs trempés chaque fois dans l'eau bouillante, puis séchés, d'avoir pour chaque client une serviette, un pinceau, un bol et surtout un rasoir spécial, de ne pas raser les individus ayant sur la face et le cou des éruptions suspectes.

A. Doyon.

Verrues. — Moraga. Verruga plana juvenil. (*Boletin de la Policlinica especial.* Santiago de Chile, 1894, p. 62.)

Observation d'une jeune fille de 17 ans, atteinte depuis un an de verrues planes du front et des mains qui ont résisté à tous les traitements employés. L'auteur discute ces différentes médications : magnésie à 0,20, 1 gr. par jour; teinture de thuya à l'intérieur (de 60 à 80 gouttes par jour) et en badigeonnages ; arsenic ; caustiques divers. Lorsqu'on applique ces derniers, on voit bien la verrue diminuer de volume, mais elle reparaît dès qu'on cesse le traitement. De même, les cautérisations au thermocautère ne donnent pas de meilleurs résultats et, dans le cas particulier, elles n'ont pas amené la guérison. Aussi l'auteur s'est-il décidé à traiter sa malade par les scarifications. Il s'est servi du scarificateur de Vidal et a scarifié les verrues en tous sens et assez profondément : pansement consé-

cutif à la solution boriquée. Une scarification bien faite est suffisante. Lorsqu'il s'agit de placards où les verrues sont confluentes, on fait de nombreuses scarifications suivies de raclage. PAUL RAYMOND.

Xanthome des diabétiques. — PAYNE. A case of xanthoma diabeticorum. (*The Brit. Journ. of Dermat.*, novembre 1893, p. 325.)

Le Dr Payne rapporte l'observation d'un malade dont les lésions rappellent parfaitement les descriptions de « xanthoma diabeticorum » et chez lequel cependant les urines ne contiennent pas trace de sucre. L'auteur passe ensuite en revue les signes cliniques de cette variété de xanthome en s'appuyant sur les observations publiées jusqu'à ce jour. L'ensemble de ces signes forme un tableau très caractéristique. Aussi lorsqu'on rencontre une telle éruption, sans trouver pourtant de glycosurie l'absence du sucre n'est point suffisante pour rejeter le diagnostic de « xanthoma diabeticorum ».

D'ailleurs, le sucre, s'il n'existe pas au moment de l'examen du malade, a pu exister quelque temps auparavant, car il s'agit alors le plus souvent d'une glycosurie passagère et intermittente.

Dans les exemples rapportés jusqu'à ce jour, il ne semble pas y avoir eu de diabète réel. Mais l'auteur a observé que le plus souvent les malades décrits étaient corpulents et obèses, et il insiste sur cette particularité.

Il se demande si l'on n'a pas donné un rôle trop considérable au sucre, si le sucre et le xanthome ne seraient pas à tort considérés comme dépendant l'un de l'autre, si enfin l'un et l'autre ne seraient pas plutôt deux signes concomitants de quelque trouble viscéral. Il en conclut que le qualificatif *diabeticorum* force un peu le sens exact des faits, et devrait être remplacé par celui de *glycosuricum* pour désigner cette variété de xanthome.

L'auteur donne ensuite l'histologie détaillée d'une papule excisée sur un malade du Dr Tuns (xanthome avec glycosurie), et établit les relations étroites qui existent histologiquement entre cette observation et les deux cas de « xanthome élastique » de MM. Balzer et Chauffard. Il rappelle que l'état des urines n'est pas mentionné dans le cas de M. Balzer et que, dans celui de M. Chauffard, l'urine ne contenait pas de sucre. La dénomination de xanthome doit être conservée pour ces faits.

LOUIS WICKHAM.

Xeroderma pigmentosum. — M. B. HUTCHINS. The clinical history of a case of xeroderma pigmentosum. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, octobre 1893, p. 402.)

Le malade était âgé de 34 ans [illegible]ois, quand l'auteur le vit pour la première fois ; il était d'une bonne santé générale bien qu'il eût perdu 30 livres à la suite de nombreuses applications de caustique faites par un spécialiste pour le cancer ; l'oncle et le père de sa mère moururent de cancer ; la mère de son père avait une ulcération chronique du visage. L'affection cutanée débuta chez lui à 18 ans, par des plaques petites, rudes, squameuses, et qui s'agrandirent peu à peu par leur périphérie. Quand on

enlevait les squames, on voyait se produire un exsudat à consistance de gomme. Au moment où l'auteur le vit, il présentait sur les deux joues, un peu au niveau de la barbe, sur le front, çà et là sur la face postérieure et les côtés du cou, des plaques brunâtres, pigmentées, d'une grandeur qui variait de celle d'un pois à celle d'une pièce de 50 centimes; les plus petites ressemblaient à de simples éléments de lentigo, les plus grandes se déprimaient et montraient à leurs surfaces un lacis télangiectasique. A mesure qu'elles évoluaient, quelques-unes se recouvraient d'une matière sébacée qui se desséchait de manière à former une croûte adhérente, et rougissaient parfois, s'entourant d'une aréole plus ou moins distincte, et de petites ulcérations se produisaient par places au-dessous des croûtes : ces dernières lésions atteignaient alors à peu près les dimensions d'une pièce d'un franc. Aux endroits où elles étaient le plus nombreuses se voyaient de fines télangiectasies. Entremêlées à ces lésions il y avait des points non pigmentés, avec ou sans télangiectasies, ou légère atrophie. En outre on voyait des sortes de papules avec hypertrophie papillaire de la grosseur d'un grain de mil avec des squames ou des croûtes fort adhérentes : elles pouvaient atteindre les dimensions d'une pièce de 50 centimes. De chaque côté du nez, et dans les sillons naso-labiaux, et au-dessous de la lèvre inférieure les follicules sébacés étaient remplis d'une matière sébacée, sèche, noirâtre; sur les parties latérales du nez se voyaient des plaques de la même substance. Sur la face dorsale de la main gauche existaient de nombreuses lésions ressemblant à du lentigo et une papule sèche, légèrement squameuse. Sur la face dorsale de la main droite existaient de nombreuses lésions arrondies, atrophiques et pigmentées, quelques points légèrement squameux et quelques taches pigmentées; sur les mains il n'y avait pas de télangiectasies. La maladie s'arrêtait aux poignets, c'est à peine s'il y avait quelques éléments de lentigo sur les bras. Les mains étaient lisses, douces et sans poils comme celles d'une femme.

Les lésions étaient soumises à des alternatives de mieux ou de pire.

Dès l'âge de 22 ans, quatre ans après le début de l'affection, le malade vit se produire au niveau du bord inférieur de la mâchoire, à gauche, une tumeur verruqueuse, de la grosseur d'un pois, laquelle augmenta graduellement de volume pendant huit ans, jusqu'à ce qu'elle eut atteint des dimensions supérieures à celles d'une pièce d'un franc; à cette époque, elle faisait une saillie notable et sa surface ulcérée laissait s'écouler une matière mucoïde, irritante, qui se desséchait en croûtes minces, caduques : on détruisit cette néoplasie avec un caustique. Elle récidiva au bout de douze mois au niveau du bord supérieur et postérieur, et on la détruisit de nouveau; il y eut, au bout de six mois, une autre récidive suivie d'une autre destruction. Depuis lors, la cicatrice est restée définitive. On détruisit également avec un caustique une tumeur cutanée située sur le côté gauche du nez, et quelques autres petites tumeurs ulcérées situées vers le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, vers la mâchoire droite, vers le tragus de l'oreille droite, etc.....

Le 4 mai 1892, l'auteur enleva au malade une tumeur du tragus qui avait déjà envahi le conduit auditif externe. Presque immédiatement, il se

produisit une récidive, et malgré une nouvelle intervention, la néoplasie prit une marche rapide, creusant profondément les tissus et arrivant presque jusqu'à la colonne vertébrale; peu à peu, les régions voisines furent envahies; le malade fut pris de cachexie, le facial droit fut détruit et la mort survint dans le marasme.

L'âge auquel a débuté l'affection dans ce cas est tout à fait insolite. On en arrive à se demander s'il s'est agi ici d'un véritable xeroderma pigmentosum.

Zona. — Railton. Two cases of herpes zoster of peripheralo rigin. (*The Brit. Journ. of Derm.*, octobre 1893, p. 310.)

L'auteur a observé deux cas de zona (l'un au bras gauche d'un enfant, sans douleurs concomitantes, l'autre au bras droit d'une dame de 38 ans), dans lesquels les groupes de vésicules d'herpès ont apparu d'abord aux extrémités nerveuses où ils se sont manifestés avec de l'œdème, et une certaine intensité d'érythème, pour se développer ensuite d'une manière centripète vers les origines des troncs nerveux. Le Dr Railton insiste sur la rareté de cette progression et ajoute que, dans le cas de l'enfant, aucune des branches nerveuses du bras n'a paru indemne.

Louis Wickham.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Gonocoques. — Neisser. Welchen Werth hat die mikroskopische Gonococcenuntersuchung? (Tirage à part de la *Deutsch. medic. Wochenschrift*, 1893.)

Du travail de l'auteur il résulte :

1° Il n'est pas douteux que les gonocoques ne soient la cause de la blennorrhagie.

2° On peut, dans un très grand nombre de cas, faire le diagnostic de la blennorrhagie (chez l'homme et chez la femme) sans avoir recours à la recherche des gonocoques, uniquement par l'observation des symptômes cliniques.

3° Mais dans beaucoup de cas, principalement dans tous ceux à évolution chronique accompagnés de légers symptômes subjectifs et objectifs, la constatation seule des gonocoques permet d'établir le diagnostic.

4° Il en est de même dans tous les cas — à l'exception toutefois des périodes tout à fait aiguës récentes ; — la recherche des gonocoques est indispensable lorsqu'il s'agit de savoir si une « maladie blennorrhagique » est encore infectieuse, ou s'il n'y a que les produits morbides persistants d'une infection antérieure.

5° Puisque, à chaque période, l'intervention thérapeutique doit tenir compte de la présence des gonocoques, leur recherche est nécessaire non seulement avant le traitement, mais pendant toute sa durée.

6° En premier lieu, il faut rechercher les gonocoques au microscope. Ce n'est que dans des cas déterminés, pour remplacer l'examen microsco-

pique ou le compléter, qu'il y aura lieu de faire des cultures, en raison des difficultés qu'elles présentent encore aujourd'hui.

7° Partout où on a constaté des données positives, il ne peut exister aucun doute sur l'utilité et la nécessité du diagnostic réel.

Des résultats négatifs doivent être naturellement interprétés avec précaution, car on sait que les gonocoques peuvent être tellement cachés dans la profondeur des tissus, dans les lacunes ou cryptes, ou être en si petit nombre, que les sécrétions muqueuses superficielles que l'on examine sont indemnes de gonocoques. La sûreté de l'interprétation devra dans ces cas être augmentée par la fréquence des examens, en essayant d'augmenter artificiellement et au dehors les gonocoques. Dans ce cas, il importe de tenir compte des symptômes cliniques et de les comparer avec les données microscopiques.

8° S'il s'agit de blennorrhagie chez des personnes mariées, l'observation, et éventuellement le traitement, doit naturellement concerner le mari et la femme. A. DOYON.

Recherche du gonocoque chez les prostituées. — LASER. Gonococcenbefund bei 600 Prostituirten. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1893, p. 892).

Dans un de ses derniers travaux, Neisser considère comme une des lacunes les plus importantes l'examen des prostituées tel qu'on le fait en général ; il n'offre pas de garanties, surtout avec les précautions que ces femmes prennent pour dissimuler leur maladie peu de temps avant la visite du médecin. Il a pu en 1888 et 1889 observer à fond toutes les filles publiques qui se sont présentées à la visite, examinant à plusieurs reprises les sécrétions uréthrales et cervicales ; tandis que chez toutes les prostituées examinées à Breslau en 1886 et 1887 la blennorrhagie ne figurait que pour 9,5 p. 100, elle était en 1888 de 54 p. 100 et en 1889 de 47,3 p. 100. Neisser a trouvé souvent des sécrétions uréthrales ou cervicales purulentes sans gonocoques, ce qui prouve à quel point la recherche purement macroscopique peut être la cause d'erreurs.

Ainsi Goldschmidt, dont les recherches ont d'ailleurs confirmé les résultats indiqués par Neisser, croit que l'examen microscopique de la sécrétion n'est pas possible, en raison des dépenses qu'occasionnerait l'application de cette mesure et parce qu'elle ne saurait que difficilement se faire en dehors des villes universitaires. Il est en outre d'avis qu'on a exagéré le danger occasionné par la blennorrhagie des prostituées et il émet l'hypothèse que les gonocoques trouvés dans les sécrétions ne sont pas nécessairement virulents, opinion d'ailleurs qui ne repose sur rien.

Contrairement à Goldschmidt, Philippson a récemment demandé (janvier 1893) que la propagation de la blennorrhagie devrait être combattue par une visite faite mensuellement chez chaque prostituée, comme le demande Neisser. Il serait indispensable d'augmenter le nombre des médecins et d'élever les frais hospitaliers.

Vibert va encore plus loin que Goldschmidt : il n'attribue pas au gonocoque une importance étiologique et par suite diagnostique, car dans six

cas de colpite chez des petites filles qui avaient été violées, on pouvait constater dans la sécrétion vaginale des micro-organismes qui ne se distinguaient en rien des véritables gonocoques, tandis que les hommes coupables de viol ne présentaient au même moment pas le plus léger écoulement blennorrhagique.

Kratter qui se place également au point de vue juridique est d'un avis opposé à Vibert : la forme seule des diplocoques ne suffit pas à caractériser le gonocoque. Les gonocoques sont susceptibles de pénétrer dans le protoplasma vivant des cellules, de s'y multiplier et de former autour des cellules des amas arrondis qui ne se produisent avec aucun autre diplocoque. On peut démontrer la présence des gonocoques dans toute sécrétion blennorrhagique aiguë de la muqueuse non traitée d'une manière antiseptique. La sécrétion indemne de gonocoques n'est pas infectieuse pour les muqueuses. Toute sécrétion contenant des gonocoques appliquée en minime quantité sur des muqueuses susceptibles détermine sûrement une inflammation blennorrhagique.

D'après ces courtes citations, il est facile de voir qu'on est encore loin d'être d'accord sur la valeur diagnostique du gonocoque, car il n'y aurait pas lieu de s'arrêter devant les frais qu'occasionneraient les examens qui sont demandés par Neisser. Il importe donc de multiplier les recherches dans le sens indiqué par le professeur de Breslau, pour arriver à établir la signification du gonocoque au point de vue du diagnostic.

Laser a entrepris ses examens bactériologiques sur 197 prostituées de la ville de Königsberg. Avec les produits de sécrétion recueillis chez ces femmes, il a fait 605 préparations dont 5 n'ont pu être utilisées :

353	provenaient	de l'urèthre.
180	»	du vagin.
67	»	de la cavité cervicale.
600		

Sur les 67 préparations obtenues avec la sécrétion du col utérin, on constata que 21 contenaient des gonocoques; l'auteur fait remarquer à ce propos qu'ici, comme aussi plus tard, il ne parle de gonocoques que dans les cas où leur présence est tout à fait incontestable, donc résultat positif dans 31,3 p. 100 des cas. Le résultat fut négatif dans 46 cas, c'est-à-dire dans 68,7 p. 100. Chez les 21 femmes chez lesquelles il y avait des gonocoques, il n'existait que chez 4 d'entre elles des symptômes cliniques :

Écoulement vaginal muco-purulent abondant	1 fois
Sécrétion purulente provenant du col utérin	2 —
Rougeur vive et tuméfaction de la muqueuse	1 —

Chez les 17 autres, pas de symptômes cliniques.

Dans les 46 cas dans lesquels on n'avait pas trouvé de gonocoques, il existait :

Sécrétion vaginale séreuse	2 fois
Rougeur et tuméfaction de la muqueuse	1 —
Sécrétion épaisse provenant du col	2 —
Menstruation	1 —

Dans 2 cas, malgré une sécrétion épaisse abondante du col, on ne trouva pas de gonocoques.

Mais les gonocoques se trouvaient dans 3 cas avec d'autres micro-organismes, principalement des bacilles courts; dans 18 cas, 1 fois avec des bacilles en forme de virgule, et 1 fois avec des staphylocoques.

Dans les autres 46 cas, 6 fois on ne découvrit pas de micro-organismes, 2 fois il y avait des staphylocoques, toujours des bacilles courts, souvent en culture pure, plus rarement mêlés à des cocci; une fois on trouva des bacilles qui avaient nettement l'aspect du bacille virgule.

Dans les 180 préparations de provenance vaginale, on n'a constaté que 7 fois la présence de gonocoques. Dans 5 de ces 7 cas, il existait en même temps une sécrétion uréthrale purulente très abondante, contenant des gonocoques, de telle sorte qu'il est permis de supposer que les gonocoques trouvés à l'entrée du vagin provenaient de l'urèthre. Dans 1 cas on trouva des gonocoques dans le col utérin, de sorte que ce cas ne compte plus; par conséquent, parmi les 180 examens d'écoulements vaginaux, il reste seulement 1 cas, soit 0,5 p. 100, dans lequel il s'agissait d'une maladie blennorrhagique du vagin. Dans ce cas, la muqueuse vaginale était rouge bleu foncé et sécrétait une masse purulente épaisse.

Sur les 173 préparations faites avec la sécrétion vaginale dans lesquelles on ne trouvait pas de gonocoques, 74 ne présentaient pas de micro-organismes, mais toujours des bacilles courts soit seuls, soit avec des cocci; 3 fois avec des staphylocoques, 1 fois avec des bacilles virgules, 3 fois avec des filaments de leptothrix, bien que 12 fois il y eût une sécrétion muco-purulente du vagin. L'auteur a constaté 10 fois l'état granuleux de la muqueuse avec catarrhe folliculaire et 15 fois la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse.

Reste l'urèthre qui a été examiné 353 fois. On a trouvé des gonocoques dans 112 cas, donc 31,7 0/0. Parmi ces cas, il n'y en avait que 21 où on pouvait établir macroscopiquement l'existence d'une blennorrhagie par suite de l'écoulement purulent de l'urèthre. Par conséquent dans 91 cas, il y avait des gonocoques, mais pas de pus; sur ce nombre, 6 qui, après leur sortie de l'hôpital comme étant guéries de leur blennorrhagie, furent immédiatement examinées (deux avaient encore un écoulement purulent). Dans 14 cas sur 112, la muqueuse était tuméfiée et rouge, mais sécrétait seulement un mucus plus séreux; dans 13 autres cas, il y avait un catarrhe folliculaire de la muqueuse vaginale et dans 4 cas des condylomes acuminés. En résumé sur 353 examens de la sécrétion de l'urèthre, on a trouvé 112 fois des gonocoques; parmi ces 112 femmes, il y en avait 61 chez lesquelles on ne pouvait avoir le moindre soupçon d'une blennorrhagie, à savoir chez 17,2 0/0.

Quant aux 241 cas dans lesquels on n'a pu constater aucun gonocoque, il existait 17 fois un catarrhe folliculaire, 19 fois la muqueuse était rouge et ramollie et dans 31 cas on pouvait même soupçonner une blennorrhagie. Dans 8 de ces cas, il s'écoulait de l'urèthre, quand on le comprimait par le vagin, un pus épais; dans les autres 23 cas, une sécrétion plus muqueuse, sans qu'on ait réussi dans ces 31 cas à constater la présence de gonocoques.

De ces résultats l'auteur conclut que, en dehors des gonocoques, d'autres micro-organismes peuvent provoquer une maladie purulente de la muqueuse. Il est même possible que dans ces cas il y eut des gonocoques qui auraient échappé à l'examen microscopique. Il y aurait lieu de rechercher si, comme le pense Wertheim, il s'agit dans ces cas de gonocoques dégénérés. Laser ne peut trancher cette question, car il n'a pas fait d'essais de culture. Peut-être les gonocoques étaient-ils en si petit nombre qu'il était impossible de les reconnaître et de les trouver.

D'après le résultat de ses recherches, l'auteur se range à l'opinion de Neisser que toutes les prostituées devraient être d'une façon régulière soumises à des examens microscopiques en ce qui concerne la blennorrhagie.

Relativement à la stérilité chez les prostituées il a trouvé que sur 40 interrogées à ce point de vue, 22 soit 55 p. 100 avaient eu des enfants ; une de ces femmes avait accouché 7 fois, une 6 fois, deux 5 fois, deux 4 fois, quatre 3 fois.

Parmi ces prostituées l'auteur a trouvé deux sourdes et muettes, une hémiplégique ; chez une les grandes lèvres étaient hypertrophiées, une était enceinte, six avaient un prolapsus du vagin, une de l'incontinence d'urine. A. Doyon.

Alumnol dans la blennorrhagie. — Samter. Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhöe? (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1893, p. 308.)

L'auteur a traité avec son collègue Lewin, dans leur policlinique, 12 blennorrhagiens, et les résultats qu'ils ont obtenus ne confirment pas les données de Chotzen. Selon Samter, on ne saurait considérer l'alumnol comme ayant une action curative spécifique sur la blennorrhagie, — du moins dans les conditions que présente la pratique de la policlinique. Les effets si défavorables des injections d'alumnol, ont décidé les auteurs, dans l'intérêt de leurs malades, à y renoncer et à ne pas faire d'essais dans les cas de blennorrhagie chronique. A. Doyon.

Chancre mou (traitement par la chaleur). — Lorand. Dr Welander's Wärmebehandlung des weichen Schankers. (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1893, p. 1617.)

On sait, d'après les expériences de W. Bœck et d'Aubert, que le virus du chancre mou exposé à une température élevée, perd sa contagiosité. Le Dr Welander, de Stockholm, s'appuyant sur ces données, emploie depuis un an cette méthode de traitement pour les chancres mous de son service, et le Dr Lorand, de Vienne, a eu l'occasion de voir au St-Göran-Hospital les succès remarquables obtenus par l'action de la chaleur.

Voici la méthode de Welander :

Dans une salle particulièrement disposée dans ce but, on dirige deux tuyaux, l'un d'eau chaude et l'autre d'eau froide ; avec ces deux tuyaux, on remplit un grand récipient en cuivre avec de l'eau maintenue à une température constante d'environ 50° C. à l'aide d'une lampe à gaz. De ce

réservoir, l'eau est d'abord dirigée dans un tube de caoutchouc et ensuite dans des tuyaux de plomb et de là de nouveau par un tube en caoutchouc dans un tuyau de décharge.

Il faut que les ulcères soient soumis à une température d'au moins 41° C., ce que l'on obtient facilement avec l'appareil ci-dessus. Il est nécessaire que la chaleur soit appliquée aussi près que possible de la partie malade, mais sans donner lieu à des phlyctènes par brûlure. On excise les bords décollés du chancre, on recouvre ensuite la plaie de petits tampons d'ouate trempés dans l'eau chaude, que l'on comprime fortement ; par dessus on met quelques couches d'ouate imbibées d'eau chaude et enfin les tuyaux de plomb disposés en serpentin. Le tout est encore recouvert d'une couche d'ouate et enveloppé extérieurement d'un morceau de gutta-percha.

On change ce pansement trois fois par jour pour la miction et la défécation. Le malade garde le lit deux jours et, dans la plupart des cas, ces ulcères, souvent très étendus, sont alors tout à fait détergés, le malade peut quitter l'hôpital et attendre la guérison chez lui sans crainte de transmettre la contagion. Après la terminaison du traitement par la chaleur, le Dr Welander emploie d'ordinaire le dermatol qui amène une cicatrisation rapide.

Mais le principal avantage de la méthode du médecin suédois est d'empêcher la production de bubons ; sur 118 cas de chancres mous traités au moyen de la chaleur peu de temps après leur apparition, il n'est pas survenu de bubons dans un seul cas. A. Doyon.

Bubons (traitement des). — J. Garland Sherrill. Buboes and their treatment. (*New-York medical Journal*, 28 octobre 1893, p. 496.)

L'auteur donne tout d'abord une courte description des bubons qu'il divise en trois classes : 1° inflammatoires simples ; 2° virulents ; 3° syphilitiques. Quand ils menacent de suppurer, il propose comme moyen radical et simple de traitement d'en faire l'ablation complète en pratiquant une incision et en les disséquant, puis en faisant un pansement antiseptique de la plaie ; on a ainsi l'avantage d'obtenir une guérison des plus rapides, et de prévenir la formation d'ulcérations des plus longues à guérir. L. B.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Étiologie de la syphilis tertiaire. — Lesser. Die Ætiologie der tertiären Syphilis. (Communication faite à la Société chirurgicale du canton de Berne. *Correspondenz-Blatt. f. Schweiz. Aerzte* 1893.)

Quelles sont les causes réelles de la syphilis tertiaire ? Deux points surtout demandent à être élucidés : 1° Quelle est la fréquence des cas de syphilis présentant des symptômes tertiaires ? 2° Quelle est dans la période secondaire la marche des cas avec phénomènes tertiaires consécutifs ? En d'autres termes, de certaines manifestations de la période secondaire peut-on conclure qu'il se produira des accidents tertiaires dans tel ou tel cas ?

Il est impossible de répondre pour le moment à la première question, on n'a pas de statistique sûre. Un grand nombre de malades atteints de tertiarisme, ne se font pas, en effet, traiter par les médecins qui les ont soignés pour les lésions secondaires, il en est de même dans les cliniques. D'après l'opinion générale, on peut cependant dire que les symptômes tertiaires ne surviennent que dans la minorité des cas, le plus souvent la maladie s'éteint dans sa phase secondaire.

Relativement à l'évolution de la période secondaire dans les cas suivis de syphilis tertiaire, on pourrait tout d'abord croire que les cas dans lesquels les récidives sont particulièrement nombreuses et graves dans la période secondaire seront le plus fréquemment suivis d'accidents tertiaires, mais non. C'est tout le contraire qu'on observe. Les symptômes tertiaires se voient plus fréquemment chez des malades ayant eu des lésions secondaires insignifiantes que chez ceux où elles ont été graves. Ce fait, à première vue paradoxal, s'explique parfaitement si l'on tient compte d'un autre phénomène constaté par l'expérience. On a bien souvent observé que les cas les plus graves de syphilis tertiaire se rencontrent fréquemment chez des sujets qui ne se souviennent pas d'une maladie antérieure, qui, par conséquent, n'ont jamais été soumis à un traitement antisyphilitique. Chez ces malades, la lésion initiale a passé inaperçue ou n'a pas été reconnue.

Ainsi, Haslund a examiné 514 malades atteints de syphilis tertiaire, et en a trouvé parmi eux 160 n'ayant subi aucun traitement pendant la période secondaire, 284 insuffisamment traités, c'est-à-dire traités pendant un temps très court, et seulement 70 ayant été soumis à un traitement antisyphilitique énergique de longue durée, et renouvelé à plusieurs reprises. Dans 86 p. 100 des cas de syphilis tertiaire, il n'y a pas eu de traitement pendant la période secondaire ou seulement un traitement insuffisant.

Les statistiques d'autres cliniques ont donné des résultats analogues. Les recherches tendant à établir que l'alcoolisme, la malaria et d'autres cachexies, sont des facteurs importants pour l'étiologie du tertiarisme, ont montré que si ces états jouent un rôle à ce point de vue, ce rôle est peu considérable et ne saurait être comparé à l'influence prédominante du traitement. Ce n'est donc pas, ajoute l'auteur, la marche légère ou grave de la période secondaire qui importe ici, mais l'intensité du traitement.

Mais quelles sont les causes prochaines des lésions tertiaires elles-mêmes? Quels sont les facteurs qui provoquent ces processus morbides? On est obligé de rester ici dans le champ des hypothèses. Toutefois, d'après l'analogie avec d'autres maladies analogues, surtout avec la lèpre, la tuberculose et la morve, la syphilis est probablement due aussi à un virus bactérien.

Cette hypothèse nous permet de comprendre les manifestations précoces de la syphilis, celles de la période secondaire. Le virus provoque, au point d'inoculation, un processus inflammatoire spécifique, pénètre de là dans l'organisme par les voies lymphatiques et sanguines, et détermine en quelque sorte des affections métastatiques dans les organes les plus divers, sinon dans tous. Dans ces foyers métastatiques, il y a reproduction effec-

tive du virus; leurs exsudats contiennent le virus et peuvent le transmettre à d'autres individus. Le sang renferme également le virus.

Mais il en est autrement des accidents tertiaires. Ils ne sont jamais généralisés, toujours ils se limitent à des parties circonscrites et on ne peut pas admettre que le sang renferme le virus ; en outre les ulcères ne sont pas infectieux, la syphilis n'est plus transmissible à cette période. Ces raisons, selon Lesser, contredisent l'ancienne hypothèse d'après laquelle, durant la période secondaire, le virus s'enkysterait dans les glandes lymphatiques pour redevenir libre dans la période tertiaire, dans des conditions données, pénétrer dans la circulation et provoquer de nouvelles métastases. On connaît l'hypothèse de Lang d'après laquelle les éruptions tertiaires seraient dues au développement de germes morbides, laissés çà et là par la période secondaire et qui seraient éventuellement amenés à proliférer sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque. Cette hypothèse explique pourquoi les lésions tertiaires récidivent habituellement *in loco*.

Un autre fait d'observation s'explique également de cette façon, c'est que les accidents tertiaires survenus, souvent du moins, à la suite d'une cause locale déterminée, par exemple d'un traumatisme, se produisent dans un organe déjà lésé d'une autre façon, en un mot dans un lieu de moindre résistance. Mais on peut objecter à cette hypothèse la longueur de la période latente qui s'écoule entre l'infection et l'apparition des accidents tertiaires, entre l'ensemencement et l'éclosion des germes. Ne devrait-on pas croire bien plutôt que pendant ce long intervalle les germes sont détruits ou expulsés par les échanges nutritifs? Certaines particularités qu'on observe dans la transmission héréditaire de la syphilis tendraient à démontrer la possibilité de cette éventualité.

Il existe une différence très frappante dans le pouvoir de transmission héréditaire de la syphilis dans les deux sexes. Chez l'homme, elle disparaît en moyenne beaucoup plus tôt que chez la femme. Chez le premier, cette faculté correspond à peu près à la durée de la période secondaire; chez la femme, elle persiste souvent bien au delà, sans qu'on puisse en fixer la limite précise.

L'auteur rapporte ensuite le cas suivant qu'il a eu l'occasion d'observer à Leipzig.

Une femme d'environ 35 ans lui apporta un enfant âgé de 4 mois, ayant les symptômes d'une syphilis grave, exanthème papuleux, ulcérations de la face et des mains. Il s'agissait bien d'une syphilis héréditaire, les symptômes s'étaient montrés huit jours après la naissance. Un traitement approprié fit disparaître les symptômes, mais lorsque l'enfant eut 15 mois il survint de nouveaux phénomènes indiquant une affection cérébrale, qui aboutirent à une paralysie des deux jambes et du bras droit; la paralysie s'améliora, mais elle persistait encore à l'âge de 6 ans. L'examen de la mère ne fit découvrir aucun signe de syphilis.

La mère s'était mariée treize ans et demi avant la naissance de cet enfant; au bout de neuf mois, elle avait accouché d'un enfant à terme qui « mourut étouffé pendant l'accouchement » ; elle eut ensuite huit accouchements prématurés d'enfants morts, un accouchement à terme d'un enfant

vivant qui mourut au bout de quinze jours, puis l'accouchement de l'enfant cité ci-dessus, atteint de syphilis héréditaire. La mère devint grosse encore une fois après la naissance de cet enfant, il est vrai d'un autre homme, et elle mit au monde un enfant mort.

L'infection de la mère a eu lieu très vraisemblablement après le premier accouchement, car celui-ci se serait produit à terme et ce n'est qu'après que survient la série des avortements, et enfin quinze ans après l'infection il y aurait eu encore un enfant mort victime de la syphilis de la mère.

Cette différence frappante entre les deux sexes s'expliquerait, d'après Lesser, par la façon diverse dont se comportent les cellules génératrices chez l'homme et chez la femme. On sait que, dans l'ovaire, tous les ovules sont déjà achevés dès le jeune âge. L'ovule, qui est fécondé à un certain moment, se trouvait à l'état d'ovule depuis l'enfance de la femme et quand cette femme a été infectée dix ou quinze ans avant la grossesse un germe syphilitique a pu pénétrer dans la cellule, y rester renfermé et ne se développer qu'en même temps que le fœtus.

Il en est tout autrement des cellules spermatiques. La cellule fécondante n'existe comme telle que pendant un temps très court, elle n'est reliée aux cellules qui contenaient le germe syphilitique à l'époque de la période secondaire que par une longue suite de générations, au cours desquelles ces germes ont été depuis longtemps expulsés. Il est des cas dans lesquels la faculté de transmission persiste au delà de la durée moyenne de la période secondaire, ce sont des exceptions.

L'auteur a traité un malade qui fut infecté dans l'été de 1883, eut l'année suivante deux récidives de roséole, puis n'eut plus qu'une leucoplasie buccale, qui survint six ans après l'infection. Cet individu se maria cinq ans et demi après l'infection. Quatre mois environ après le mariage, sa femme devenue grosse immédiatement présenta les symptômes typiques de la syphilis secondaire et accoucha d'un enfant mort au septième mois de la grossesse. Deux ans après le mariage, il survint chez ce malade, des gommes dans l'un des testicules et l'épididyme, que l'iodure fit disparaître complètement.

Lesser examine ensuite la théorie de Finger, qui explique l'étiologie des accidents tertiaires en disant que dans la syphilis il faut distinguer les effets des bactéries elles-mêmes, et ceux des produits de mutations organiques de ces bactéries. Il n'attribue à l'invasion bactérienne elle-même que les accidents typiques de la période secondaire ; au contraire, certains symptômes généraux de cette période, tels que la fièvre de la phase éruptive, les lésions tertiaires et l'immunité, seraient dus, d'après lui, aux produits des échanges nutritifs. Les premiers seulement contiennent le virus sous la forme transmissible ; les lésions tertiaires déterminées par les produits des échanges nutritifs ne sont pas contagieuses, car elles ne renferment pas de bactéries. Il explique aussi la différence d'action du mercure et de l'iode, en ce que le mercure agit sur les bactéries, l'iode sur les produits des mutations organiques. D'où il résulterait que le mercure fait disparaître le plus rapidement les accidents secondaires, l'iode certains symptômes généraux de la période secondaire et les lésions tertiaires.

Cette hypothèse très ingénieuse soulève de graves objections, entre autres celle-ci : souvent des femmes, dans la phase tertiaire où, d'après Finger, les bactéries, le véritable virus de la syphilis, sont éliminées, accouchent d'enfants atteints de syphilis grave qui ne se distingue pas de celle d'enfants conçus dans la période secondaire et se transmet comme cette dernière à la nourrice et à d'autres individus. Ce fait s'explique parfaitement par la théorie de Lang des germes qui sont restés.

Mais pourquoi alors les accidents tertiaires provoqués chez une femme par ces germes ne contiennent-ils pas le virus syphilitique susceptible de contagion, tandis que la syphilis héréditaire de l'enfant de cette femme, due aux mêmes germes, est infectieuse à un haut degré ?

On pourrait se représenter le virus bactérien de la syphilis dans le corps infecté comme subissant peu à peu une modification par suite de laquelle il cesse d'être infectieux et à laquelle seraient dues les différences des éruptions secondaires et tertiaires, puis récupérant ses propriétés primitives, en première ligne l'infectiosité dans le nouveau terrain nutritif de l'enfant en voie de développement.

Aussi, voit-on que les symptômes chez ces enfants nés longtemps après l'infection correspondent au début aux accidents secondaires de la syphilis acquise, tout aussi bien que les symptômes présentés par les enfants nés pendant la période secondaire des parents.

En résumé, l'observation clinique montre que la syphilis tertiaire survient le plus souvent chez des malades non traités ou insuffisamment traités. Cette observation concorde bien avec l'idée émise au sujet de l'étiologie de la syphilis tertiaire.

L'auteur termine son mémoire en insistant sur la nécessité d'un traitement mercuriel énergique pendant la période secondaire pour détruire les bactéries et par suite aussi supprimer les germes restants. Il conseille, pendant les trois premières années après l'infection, le traitement intermittent que Fournier a le premier recommandé, c'est celui qui aura le plus de chance de mettre les malades à l'abri du tertiarisme.

A. Doyon.

Syphilide. — Azua. Sifilide tuberculo-gomosa ulcerada del parpado superior derecho. (*Revista de medicina y cirugia praticas*, 1893, p. 89.)

Sujet syphilitique depuis deux ans; à peine traité : phénomènes secondaires intenses et prolongés, développement rapide de la lésion actuelle; la moitié interne du bord de la paupière supérieure est envahie par une infiltration du volume d'une amande d'un rouge sombre, ulcérée sur le bord libre des paupières. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic et le fond est rempli d'un magma gommeux. Le contact provoque de vives douleurs et les mouvements de la paupière sont difficiles. La suppuration est abondante. Les lésions syphilitiques des paupières sont assez rares et il importe de les connaître, car elles sont parfois rapidement destructives. Ce malade est un exemple de l'évolution rapide. Dans les cas à marche lente avec ulcération consécutive, il est nécessaire de faire le diagnostic

avec les épithéliomes qui s'observent assez fréquemment sur les paupières. PAUL RAYMOND.

Gomme pulmonaire. — J. A. THOMPSON. Gummæ of the lung. (*Medical Record*, 21 octobre 1893, p. 522.)

Femme de 22 ans, de haute stature et pesant à l'état de santé 170 livres. A 18 ans, elle prit la syphilis, fut incomplètement traitée malgré l'apparition d'accidents secondaires, et vit se manifester les premiers symptômes pulmonaires en avril 1891 ; elle se mit à tousser et eut de la fièvre hectique ; elle éprouvait une douleur constante dans le dos au-dessous de l'omoplate droite, et cet endroit était sensible à la pression. L'expectoration était profuse ; la toux surtout forte pendant la nuit Tout exercice un peu violent entraînait une hémoptysie. Elle maigrit et perdit rapidement ses forces. Ce fut en janvier 1893 que l'auteur la vit ; elle ne pesait plus que 127 livres ; elle gardait presque constamment le lit, et avait une toux tellement quinteuse qu'elle rendait ses aliments et ne pouvait reposer ; ce qu'elle expectorait était un mélange de sang, de mucus, de pus, et de débris caséeux ; cela ressemblait exactement à ce qui sort des gommes superficielles et contenait des fragments de tissu connectif nécrosé ; cette expectoration était tellement fétide que la garde-malade était obligée de sortir de temps en temps de l'appartement. La température, quoique fort variable, était d'ordinaire de 101° F. le matin et de 104° F. le soir. En arrière, à droite, à la partie inférieure de l'omoplate, le murmure respiratoire faisait entièrement défaut ; en avant, du troisième au cinquième espace intercostal, il y avait une zone de matité. Les crachats ne renfermaient pas de bacilles.

L'auteur lui injecta dans la trachée chaque jour environ 4 grammes d'un mélange contenant un centième de gaïacol et deux centièmes de menthol dissous dans de l'alboline. Il put obtenir ainsi de la sédation des quintes de toux et par suite il put faire garder les aliments à la malade ; en même temps il désinfectait les bronches et les cavités pulmonaires par le gaïacol. Peu à peu la malade s'améliora sous l'influence de ce traitement local aidé de l'administration de l'iodure à l'intérieur, et, malgré une rechute due à l'ouverture dans les bronches d'une seconde gomme pulmonaire, le résultat fut satisfaisant. L. B.

Syphilis du pharynx. — CARTAZ. La soudure complète du voile du palais et du pharynx. (*Archives internationales de laryngologie*, 1893.)

La symphyse totale du voile du palais est le plus souvent, sinon toujours, d'origine syphilitique ; plusieurs des observations dans lesquelles on la rapporte à la scrofule sont contestables et devraient probablement être mises au compte de la syphilis. Cartaz en rapporte une observation personnelle dans laquelle la syphilis est en jeu. Il en décrit les caractères cliniques, en insistant sur les phénomènes qui se passent du côté du nez (rhinite catarrhale très fréquente) et résultant de l'accumulation de mucosités dans le nez et l'oreille (surdité due soit à l'occlusion plus ou moins complète de l'orifice de la trompe par des brides cicatricielles, soit à une

inflammation chroniqne consécutive à une suppuration prolongée au moment de la formation des adhérences et à la présence de mucosités nasales). Le traitement de la symphyse du voile du palais est très difficile et très peu satisfaisant, les surfaces avivées chirurgicalement tendant toujours à s'unir l'une à l'autre et à reproduire l'adhérence : on ne peut guère le conseiller que pour les cas d'adhérence simple, sans brides cicatricielles ni tissu fibreux inodulaire épais, sans rétrécissement du pharynx nasal. GEORGES THIBIERGE.

Syphilis de l'oreille. — MAX TOEPLITZ. Clinical contribution to the study of aural syphilis. (*The New-York medical Journal*, 7 octobre 1893, p. 394.)

Cas fort remarquable de chancre induré du médius de la main gauche, suivi comme premier accident perceptible d'infection syphilitique de plaques muqueuses du pharynx, puis de troubles auditifs caractérisés par de l'inflammation des parois labyrinthiques et de la surdité de l'oreille gauche. L. B.

Arthropathie syphilitique chez les enfants. — ADSERSEN. Den syfilitiske artropati hos Smaaborn. (*Hospitalstidende*, 31 janvier 1894.)

L'auteur relate 4 observations d'arthropathies syphilitiques chez des enfants du premier âge, dont surtout la deuxième, suivie d'autopsie, donne une idée assez complète de la nature de ces lésions compliquées (illustré de 4 dessins). Se fondant sur les observations il adopte les thèses suivantes:

1) On trouve chez les enfants hérédo-syphilitiques une arthropathie qui envahit les grandes articulations (l'épaule, la hanche, le genou) ;

2) Le point de départ de l'arthropathie est une ostéochondrite, qui se manifeste au point de vue de l'anatomie pathologique par la formation de syphilomes dans la zone de croissance de l'épiphyse (zone d'ossification et noyau).

3) Phénomènes secondaires, qui sont la suppuration dans le cartilage épiphysaire et le pyarthron. Dr EHLERS (Copenhague).

Syphilis du cœur. — MRACEK. Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues. (*Archiv f. Dermat. u. Syphilis Ergänzungsheft*, 1893, p. 279.)

De tous les organes internes le cœur est un de ceux qui sont le plus rarement touchés par la syphilis; aussi est-ce seulement en 1845 que cette affection a été nettement reconnue. C'est à Ricord, Lebert et Virchow que l'on doit la preuve irréfutable de la syphilis cardiaque.

L'important mémoire que l'auteur vient de publier sur la syphilis du cœur s'appuie sur 102 cas recueillis dans la littérature médicale de tous les pays (80 avec autopsie) et sur 10 observations personnelles, également avec autopsie. Sur ces 80 cas des auteurs, il en est 29 dont la nature syphilitique est douteuse; il reste donc 51 cas, auxquels il faut ajouter

ceux observés par Mracek. Ces 61 cas se décomposent ainsi : myocardite gommeuse 10, fibreuse 9, gommeuse et fibreuse 8, endocardite 2, péricardite 1, maladie des vaisseaux 3, myocardite avec péri ou endocardite 15, péricardite et endocardite 1, myocardite et maladie des vaisseaux 1, maladie de tous les éléments organiques 6, varia 5.

Les modifications les plus importantes et les plus fréquentes concernent le myocarde. Il est très rare de rencontrer une maladie syphilitique du péricarde à l'état isolé, les lésions que l'on observe sont le plus souven constituées par des altérations du myocarde. On peut de prime abord distinguer deux variétés, une péricardite fibreuse et une péricardite gommeuse correspondant aux formes de la myocardite, mais on ne saurait dire qu'elles se combinent absolument.

La péricardite fibreuse a comme substratum une infiltration cellulaire des vaisseaux de nouvelle formation et une néoformation inflammatoire de tissu conjonctif apparaissant le plus souvent autour des vaisseaux et s'étendant sur des surfaces plus ou moins grandes de tissu conjonctif sous-séreux. Au bout d'un certain temps ce tissu se transforme en tissu de cicatrice. Les taches laiteuses seules si fréquentes et qu'on rencontre presque toujours sur le cœur des individus âgés ne sauraient être regardées comme le résultat d'une inflammation syphilitique antérieure. Il en est autrement des épaississements circonscrits situés au-dessus des gommes du myocarde. On voit également dans la syphilis héréditaire à travers l'épicarde épaissi des nodosités blanchâtres qu'il est même parfois impossible d'en séparer.

La péricardite gommeuse, surtout existant isolément, est très rare. On sait que Lancereaux a rapporté un cas dans lequel il existait une gomme de la grosseur d'un noyau de cerise sur le feuillet pariétal du péricarde, outre des gommes dans les poumons. Orth cite une autopsie dans laquelle il a trouvé, chez un enfant syphilitique, des masses jaunâtres, d'aspect gommeux, encastrées dans des adhérences fibreuses du péricarde. Dans l'une des observations de l'auteur il est noté, outre une gomme dans le myocarde à la base du ventricule gauche, que le péricarde était très injecté et envahi par des granulations grises, du volume d'une tête d'épingle, disséminées en petits groupes.

On distingue deux formes de myocardite, une forme gommeuse et une forme fibreuse. Les gommes peuvent survenir dans toutes les parties du myocarde, mais de préférence dans les parois des ventricules, principalement du ventricule gauche. On ne sait pas encore si cette localisation est déterminée par une plus grande activité de ce ventricule ou si elle tient à une cause anatomique spéciale. Toutefois la présence plus fréquente des gommes dans le ventricule gauche confirmerait l'opinion de Virchow et Rumpf qui sont disposés à admettre que la syphilis se manifesterait dans les organes présentant une suractivité, ou bien sous l'influence d'une irritation traumatique.

Dans les observations de Mracek, le siège des gommes était le ventricule gauche dans deux cas. Les gommes ont une marche tout à fait latente et on ne les découvre qu'après la mort subite. Par conséquent,on trouve souvent dans les gommes des métamorphoses régressives très avancées et

des altérations consécutives dans les parties voisines. Les nodosités elles-mêmes subissent la dégénérescence et la caséification.

La myocardite fibreuse est occasionnée par une inflammation productive, ou bien encore elle est la conséquence d'une endartérite oblitérante d'origine syphilitique, qui détermine la nécrose du muscle et la formation de callosités. Si la dégénérescence envahit complètement les parois, il peut survenir un anévrysme partiel dans le myocarde.

L'auteur passe ensuite au diagnostic différentiel entre la myocardite fibreuse d'origine syphilitique et celle consécutive à d'autres processus morbides.

La tuberculose du cœur est plus fréquente que la syphilis de cet organe, il est parfois très difficile de les différencier, on ne trouve les bacilles tuberculeux qu'avec beaucoup de peine et on est obligé de se décider d'après l'examen histologique. Toutefois, la syphilis se distingue de la tuberculose par la productivité du tissu, la masse de l'infiltrat et la maladie des vaisseaux, qui est beaucoup plus importante et survient d'une manière régulière. On trouve aussi des cellules géantes dans la syphilis du muscle cardiaque, mais pas en aussi grand nombre ni avec un groupement caractéristique comme dans la tuberculose. Les myocardites rhumatismales et purulentes ont en général leur siège dans la région des orifices ou sont disséminées, même d'une manière punctiforme. En outre, il y a presque toujours des altérations des valvules. La différenciation d'avec la myocardite due à l'alcoolisme est plus difficile, car, tout comme dans la syphilis, les vaisseaux sont malades.

Les altérations des vaisseaux jouent un rôle important dans la syphilis du cœur. Non seulement ces altérations coexistent constamment, mais elles sont la cause déterminante des callosités cardiaques.

L'endocardite syphilitique ne se rencontre presque jamais à l'état isolé, elle a son point de départ dans le myocarde. L'endocardite pariétale spécifique est un processus assez circonscrit, elle est consécutive à l'expansion d'une myocardite gommeuse ou fibreuse,et s'étend sur de petites portions du cœur, plus rarement à toute la cavité cardiaque. A un degré très léger, il n'existe qu'un trouble laiteux de l'endocarde. Le plus souvent, on voit sur l'endocarde épaissi des plaques lisses ou légèrement saillantes, blanches ou blanc jaunâtre,qui ont une dureté cartilagineuse et une épaisseur de un demi à un millimètre et même davantage.La surface est le plus souvent inégale,avec des aspérités et des proliférations papilliformes.Dans les premières,il existe des infiltrations à petites cellules qui, du myocarde, envahissent directement le tissu sub-endocardiaque. Dans les phases ultérieures, les proliférations conjonctives se transforment rapidement en un tissu conjonctif calleux qui constitue les plaques calleuses ci-dessus mentionnées et les excroissances intimement liées avec elles.

L'endocardite valvulaire jouerait le principal rôle, si l'on ajoutait une foi absolue à toutes les altérations pathologiques tenues pour syphilitiques et décrites par les auteurs. Ces cas se divisent en deux groupes, l'un dans lequel un processus syphilitique inflammatoire s'est développé dans les parois des orifices, ou, commençant dans une autre région du cœur, y pénètre et altère plus ou moins les valvules. Il résulte des faits observés

que la maladie se produit aux orifices par suite de la syphilis, et de là gagne les valvules. Elles sont, comme l'endocarde, épaissies, rétractées et insuffisantes.

Le second groupe est constitué par les cas dans lesquels on considère comme maladies syphilitiques des lésions isolées des surfaces libres et des bords des valvules, sous forme d'excroissances, de dépôts ou de perforations. Ces lésions correspondent bien plutôt aux endocardites rhumatismales ulcéreuses, comme on les trouve à la suite de différentes maladies infectieuses, elles ne sont chez les syphilitiques que des complications.

L'endocardite syphilitique observée jusqu'à présent représente une affection fibreuse inflammatoire de l'endocarde, qui se termine par épaississement, parfois par des aspérités, des excroissances aplaties, verruqueuses. Ce processus persiste pendant des années sans caractères nocifs, sous forme de dégénérescence fibreuse de l'endocarde. L'endocardite s'accompagne quelquefois de rétraction des muscles papillaires, même des cordes tendineuses, qui ont pour conséquence la rétraction et la rigidité des valvules : d'où résulte leur insuffisance, éventuellement la sténose des orifices malades ; ces troubles se distinguent à peine de ceux qui ont une origine athéromateuse ou rhumatismale. Toutefois, au point de vue anatomique, ils n'apparaissent que comme une continuation directe de la maladie des parois du cœur.

D'après les données actuelles de la science, la syphilis héréditaire ne paraît que rarement déterminer des lésions du cœur. Sur 150 autopsies d'enfants âgés d'une semaine atteints de syphilis congénitale, le cœur s'est trouvé altéré 24 fois, mais dans 4 cas seulement il s'agissait de lésions syphilitiques typiques, dans les 20 autres il y avait des modifications qu'on rencontre aussi chez des nouveau-nés non syphilitiques. Si on ajoute que ces 150 enfants provenaient de mères atteintes de syphilis récente ou en régression et non traitées, on voit que le tant pour cent des maladies cardiaques est faible.

Il faut remarquer que la syphilis chez des enfants, en ce qui concerne les maladies du cœur, joue un rôle important puisqu'elle occasionne ces altérations dans un septième de tous les cas. Si même ces altérations ne sont pas une conséquence directe de la syphilis, on peut cependant les rapporter à l'état général des nouveau-nés syphilitiques, qui est caractérisé par un amaigrissement général et de la langueur. Il faut donc regarder la dégénérescence graisseuse du cœur et la faiblesse qui en résulte comme la conséquence directe du trouble de nutrition déjà à l'époque du développement. On sait que Förster a attribué cette modification pathologique à la syphilis et que, selon Kundrat, les lésions de dégénérescence les plus graves ne s'observent que chez les enfants syphilitiques. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il explique la présence fréquente de thromboses veineuses que l'auteur a trouvées à l'occasion d'autres recherches histologiques chez les nouveau-nés atteints de syphilis congénitale ; dans la syphilis hémorrhagique, les thromboses veineuses étaient très fréquentes et il voudrait par conséquent rapporter la présence de ces thromboses veineuses à la faiblesse du cœur produite par cette dégénérescence du myocarde.

La myocardite gommeuse est incontestablement la forme la plus fréquente. Il s'agit en réalité non de gommes dans le sens vrai du mot, mais de foyers plus ou moins circonscrits de prolifération conjonctive interstitielle dans lesquels les fibres musculaires diminuées, atrophiées ou en voie de désagrégation sont conservées ; il ne survient ni nécrose ni caséification.

D'après Mracek, la syphilis héréditaire paraît caractérisée par la localisation de l'infiltration dans les vaisseaux et autour d'eux.

Quant aux troubles morbides dans les fonctions du cœur par suite de syphilis acquise, qui surviennent parfois dans la période secondaire, ils sont bien connus. Mracek les indique suivant leur ordre de fréquence. Ainsi que l'a dit Fournier, ces troubles ne se rattachent en rien à des lésions cardiaques, ce sont des troubles nerveux du cœur.

Selon Kopp, ces troubles tiendraient à des maladies inflammatoires passagères des vaisseaux; notamment en ce qui concerne le myocarde, on ne saurait comprendre pourquoi ce dernier échapperait aux actions irritantes du virus syphilitique circulant dans le sang. Cette hypothèse paraît très plausible à l'auteur, d'autant que dans ces dernières années on a observé des cas de plus en plus nombreux qui montrent que la syphilis peut atteindre une grande quantité de districts vasculaires. La syphilis peut, dans ces cas, jouer le même rôle que bon nombre d'autres causes qui provoquent une excitation de l'action du cœur.

La syphilis du cœur ne s'observe que dans les phases tardives de la maladie, les symptômes correspondent alors aux modifications anatomiques multiples de cet organe. C'est surtout entre 30 et 40 ans qu'apparaissent les lésions du cœur, le plus souvent six à dix ans après l'infection. Les symptômes cliniques sont très compliqués; toutefois ce sont, en général, ceux d'une myocardite syphilitique qui prédominent : angoisse, palpitations, douleurs cardiaques, dyspnée pouvant arriver à de véritables accès de suffocation. Objectivement, on trouve parfois une légère dilatation, de l'asystolie, de l'arythmie, de la cyanose, de légers œdèmes, de l'anasarque, de l'ascite. Ces derniers accidents sont rares et n'existent que quand il y a des complications multiples, par exemple de syphilis du foie, d'affections rénales.

Dans d'autres cas, on observe tous les symptômes d'une lésion valvulaire ; malheureusement à l'autopsie on acquiert la conviction que la syphilis, outre les symptômes indiqués, détermine dans le cœur bien d'autres modifications ; on ne peut dans ces cas tirer des conclusions certaines. En somme, il n'existe pas de signes pathognomoniques de la syphilis du cœur.

La syphilis du cœur paraît avoir une marche lente et insidieuse. Quelques malades prétendent, il est vrai, avoir remarqué, plusieurs années avant leur affection grave, de légers malaises du côté du cœur.

La syphilis du cœur a en général une issue fatale. Très remarquable est le nombre des cardiaques, jouissant en apparence de la meilleure santé, qui ont été frappés de mort subite. Sur 58 cas de syphilis mentionnés ci-dessus et 5 cas dus à l'observation personnelle de l'auteur, en tout 63 cas, cette terminaison rapide inattendue est survenue 21 fois, soit dans

un tiers de tous les cas. D'autres fois la mort survient dans le coma avec les symptômes de faiblesse du cœur. Dans ces cas, la cause de la mort est due à la dégénérescence du myocarde lui-même, à la rupture d'un anévrysme du cœur ou enfin à une embolie. D'autre part, il ne manque pas d'exemples dans lesquels, lorsqu'on a pu diagnostiquer à temps la cause fondamentale d'une affection syphilitique du cœur, il a été possible d'obtenir une guérison plus ou moins complète suivant la nature des lésions anatomiques.

La maladie syphilitique du cœur in vivo ne présente pas, ainsi qu'il a été dit, de caractère pathognomonique. La confusion des symptômes montre que les cardiopathies consécutives à la syphilis comprennent presque le tableau morbide tout entier des affections chroniques du cœur tenant à d'autres causes. L'anamnèse ou les phénomènes concomitants de syphilis sont les seuls indices qui peuvent mettre sur la voie.

Les cas qui permettent le pronostic le plus favorable, sont ceux dans lesquels on a découvert à temps l'affection, souvent même au premier trouble vague du côté du cœur et qui ont été soumis à un traitement spécifique.

Les formes tardives de la syphilis, parmi lesquelles il faut ranger les cardiopathies syphilitiques, exigent un traitement spécifique prudent, de longue durée, traitement mixte, iodure de potassium à dose élevée (5 à 8 gr.) chaque jour et frictions avec l'onguent hydrargyrique.

L'auteur donne la préférence aux frictions sur les injections sous-cutanées avec les différents sels de mercure. Enfin le traitement médical dans les formes tardives de la syphilis donne les meilleurs résultats quand il est fait avec des intermittences ou répété à plusieurs intervalles.

A. Doyon.

Syphilis cérébrale. — Charles E. Mammack. Cerebellar Syphiloma. (*Medical Record*, 4 novembre 1893, p. 585.)

Malade âgé de 44 ans, vu le 1er septembre 1893, se plaignant d'étourdissements, de vomissements, de manque de stabilité, de diplopie, de céphalées occipitales bilatérales, de bruits de machine dans l'oreille gauche, et d'une certaine faiblesse de la main gauche. Ces symptômes existaient depuis un mois ; ils augmentaient progressivement. A l'examen, on trouve que la montre n'est pas entendue à l'oreille gauche ; le diapason est moins bien entendu du même côté ; les deux tympans sont normaux. Il y a de la diplopie à gauche et du nystagmus ; il n'y a aucun signe de névrite optique. Le malade se tient debout, les jambes écartées, et il a de la tendance à tomber à droite ; il titube en marchant ; il ne présente aucun signe d'incoordination ; les réflexes rotuliens sont exagérés. L'auteur porte le diagnostic de néoplasme syphilitique de l'hémisphère cérébelleux gauche comprimant le nerf auditif ; le malade a eu, en effet, quatorze ans auparavant, des accidents ulcéreux suspects à la gorge. Un traitement par l'iodure de potassium a assez rapidement amélioré son état.

L. B.

Syphilis médullaire. — Hoppe. Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und der Brücke. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1893, p. 233.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas intéressants de maladies syphilitiques de la moelle.

Le premier concerne un homme qui contracta, en 1884, un chancre suivi d'excoriations et de rhagades dans le pharynx, d'une éruption sur le cuir chevelu et de condylomes de l'anus. Traitement spécifique. En 1890, hémiplégie gauche, sans troubles de la parole, ni paralysie faciale, qui s'améliora peu à peu sous l'influence de l'iodure de potassium et des frictions hydrargyriques. Pendant le traitement, nouvelle paralysie de nature indéterminée, suivie également d'une amélioration graduelle. Au milieu de mars 1892, il se produisit subitement des douleurs dans les bras et dans les mains avec engourdissement et faiblesse. En quelques jours, la faiblesse augmenta et arriva presque jusqu'à la paralysie complète. Le malade peut un peu remuer le bras, mais les mouvements sont très limités. Pas d'atrophie musculaire. Troubles de la sensibilité. Réflexes abolis sauf les réflexes plantaires. Paralysie complète des membres inférieurs. Eschare au niveau du coccyx gagnant ensuite jusqu'aux trochanters. Paralysie des sphincters. Pleuro-pneumonie du côté droit et mort au milieu de juin 1892. Diagnostic : myélite dorsale spécifique.

Autopsie. — A la hauteur de la première vertèbre dorsale, la dure-mère est épaissie et légèrement adhérente à la pie-mère. Entre la première et la onzième vertèbre dorsale, la moelle est le siège d'un ramollissement très accusé. Dégénérescence caractérisée des cordons de Goll ; les cordons de Burdach sont également atteints de dégénérescence légère dans leur partie antérieure, la partie postérieure est normale. Dégénérescence des racines postérieures. Les colonnes de Clarke sont atrophiées, disparition presque complète des cellules ganglionnaires, la région des colonnes est envahie par de gros vaisseaux dilatés, gorgés de sang. Les cornes antérieures contenaient un grand nombre de vaisseaux à parois épaissies.

Foyer de ramollissement s'étendant du milieu du renflement cervical jusqu'à la hauteur de la sixième paire des nerfs dorsaux. La moitié antérieure de la moelle dorsale, c'est-à-dire les cornes antérieures, les cordons pyramidaux, les restes des cordons latéraux sont détruits en totalité.

Lésions inflammatoires des artères et des veines dans toute l'étendue de la moelle ; méninges épaissies.

Les lésions de dégénération ne dépendent pas du ramollissement myélitique, ce qui le prouve c'est que la dégénération de ces cordons existe aussi bien au-dessus qu'au-dessous du foyer de ramollissement. Il existe en outre un processus aigu de ramollissement dont le point de départ était soit dans une exsudation de la pie-mère, soit dans une oblitération des vaisseaux.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme ayant été traité de la syphilis il y a environ dix ans ; après la disparition des accidents secondaires, aucuns symptômes ultérieurs. Depuis plusieurs mois, douleurs occipitales

qui, en raison de l'absence d'autres phénomènes, sont considérées comme étant de nature névralgique.

Le 7 août, attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche, paralysie des moteurs oculaires externes, du facial gauche, parésie des hypoglosses. Paralysie complète de la moitié gauche du corps avec contracture et exagération des réflexes. Pas d'atrophie, pas de troubles de la sensibilité. Traitement : frictions et iodure de potassium. Dès le troisième jour, aggravation ; perte complète de la parole, dysphagie absolue, le malade est alimenté avec la sonde œsophagienne, paralysie complète des hypoglosses, aphonie, dyspnée et accélération du pouls.

Paralysie des quatre membres, mais à gauche plus complète qu'à droite. Pneumonie fibrineuse ? Mort le quatrième jour.

Diagnostic : endartérite spécifique de l'artère basilaire avec thrombose. Paralysie bulbaire aiguë.

A l'autopsie, lésion gommeuse de l'artère basilaire. Inflammation légère des méninges. Sur le côté droit de la protubérance destruction des faisceaux pyramidaux, à gauche à un moindre degré. Les noyaux nerveux, à l'exception du noyau sensible de la cinquième paire dans lequel se trouvait un petit foyer, sont absolument intacts.

En dehors de la légère affection des méninges, la gomme de l'artère basilaire était la seule lésion syphilitique du cerveau. A. Doyon.

Syphilis médullaire simulant un tabes. — Ewald. Ein unter dem klinische Bilde der Tabes verlaufender Fall von syphilitischer (?) Rückenmarkserkrankung. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1893, p. 284.)

Il s'agit d'un boucher de 42 ans, venu le 15 février 1869 à la policlinique de l'hôpital Augusta pour des douleurs accompagnées de tuméfaction du genou gauche. Cet homme dit n'avoir jamais eu la syphilis, il est marié et père de plusieurs enfants bien portants. Depuis 1878, il est atteint de rhumatisme, les douleurs localisées d'abord au genou gauche ont plus tard envahi les différentes articulations. Le gonflement du genou gauche a persisté, tandis que celui, d'ailleurs plus léger, des autres jointures a disparu.

Actuellement, ce malade présente tous les symptômes du tabes, signe de Romberg, perte de l'équilibre, abolition des réflexes, etc. ; de plus on constate les deux phénomènes suivants : trouble du sens de la température et la suppuration de l'articulation du genou gauche. Le 23 janvier on fait une incision et le malade meurt quelques jours après une infection septique générale.

Autopsie. — En aucun point de la moelle, on ne trouve les caractères correspondant à la dégénération grise classique des cordons postérieurs. Épanchement sanguin sous-arachnoïdien entourant la moelle, principalement du côté gauche. Épaississement gommeux inflammatoire de la piemère et de l'arachnoïde dans toute leur circonférence et épaississement des cloisons conjonctives irradiant de la périphérie dans la substance médullaire, particulièrement dans la région des cordons postérieurs. Artérite

et phlébite oblitérantes. Myélite interstitielle chronique diffuse surtout dans la sphère des cordons postérieurs avec disparition partielle des fibres nerveuses en ce point.

Il est très vraisemblable que, dans ce cas, il faut rapporter ce processus morbide à une affection syphilitique des vaisseaux et des enveloppes de la moelle. A. Doyon.

Tabes. — Dinkler. Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilbercuren bei Tabes dorsalis. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1893, p. 347, 378, 402, 426 et 477.)

L'une des nombreuses objections constamment opposées depuis près de dix ans à la théorie de Fournier et d'Erb concernant le rôle de la syphilis dans le tabes dorsal, repose sur l'insuccès des cures spécifiques et antisyphilitiques, notamment des cures mercurielles. Pour élucider cette question, l'auteur passe en revue 71 cas provenant soit de la clinique du protosseur Erb, soit de sa pratique privée; il a observé la marche de la maladie à la suite de l'emploi du mercure. L'ensemble de ces cas se partage en trois groupes suivant les résultats constatés après le traitement hydrargyrique. Le premier groupe comprend les malades chez lesquels il s'est produit une amélioration de l'un ou de plusieurs des symptômes morbides; le deuxième ceux chez lesquels il n'y a pas eu de changement notable ; le troisième ceux où il y a eu une aggravation. Le premier groupe comprend 58 cas, le second 11 et le troisième 2.

Chez les deux malades où il y a eu aggravation, la mort est survenue deux et sept mois après la cure de frictions. L'autopsie a démontré que cette cure était rationnelle et formellement indiquée, car on trouva chez un malade une affection diffuse des artères et des méninges, chez l'autre les symptômes cérébraux, auxquels on avait attribué dès le début une plus grande importance qu'aux phénomènes spinaux, étaient devenus si caractéristiques, vers la fin de la maladie, que le médecin avait diagnostiqué une gomme du cerveau. La conclusion qu'on pourrait tirer de ces deux faits, relativement au traitement spécifique, c'est que, sûrement dans le premier cas, et peut-être dans le second, la médication n'a pas été suffisamment énergique ou que le mercure, comme on l'a souvent observé, n'a pas répondu à ce qu'on pouvait attendre de son action antisyphilitique.

L'auteur signale ensuite une conséquence des cures spécifiques qui contredit l'hypothèse d'une action nocive du mercure, c'est le relèvement de l'état général, qui se manifeste entre autres par l'augmentation de poids assez régulière des malades.

La tolérance des tabétiques pour le mercure est très grande. Dinkler cite un malade qui, au cours des six dernières années, aurait employé 4,000 gr., d'onguent gris, — il est vrai, que la plus grande partie des frictions ont été faites par lui.

L'auteur se demande ensuite pourquoi le traitement mercuriel est indiqué chez les tabétiques ? D'abord il est établi par de nombreuses observations, que la syphilis est le facteur étiologique le plus important du tabes. En second lieu, c'est un fait clinique bien connu, que les symptômes ner-

veux, qui, comme les paralysies des muscles de l'œil, sont regardés comme ayant une origine syphilitique quand ils surviennent isolément et qu'il y a eu infection préalable, s'observent fréquemment, presque régulièrement dans le tabes et peuvent être identifiés au point de vue clinique sous beaucoup de rapports avec les formes isolées de paralysie. Il faut se rappeler aussi qu'on rencontre souvent chez les tabétiques des affections syphilitiques manifestes, telles qu'ulcérations ou infiltrations chroniques de la peau et des muqueuses, lésions artérielles, hyperostoses. En troisième lieu, il y a les constatations anatomiques. L'examen microscopique a permis de relever dans une série de cas l'existence simultanée du tabes et d'une syphilis manifeste et a en même temps fourni la preuve de l'identité des atrophies nucléaires du système nerveux central dans la syphilis et dans le tabes. Quand des symptômes tabétiques se montrent dix à onze ans après l'infection et qu'en outre, des processus syphilitiques récents peuvent se développer dans les méninges et les artères cerébro-spinales, après plusieurs années d'existence du tabes, il est démontré par là d'une manière frappante que le virus syphilitique existait encore.

Quant aux résultats des cures mercurielles, le nombre important de 58 améliorations à la suite des cures mercurielles contre 11 cas dans lesquels on n'a pas constaté de résultat appréciable, met hors de doute leur influence favorable. En ce qui concerne les différents symptômes, les modifications sont très variables. Pour les troubles de la sensibilité, ces 58 cas se divisent en deux groupes, ceux dans lesquels les symptômes d'irritabilité ont été diminués ou écartés, et ceux où des phénomènes de paralysie et d'analgésie ont disparu totalement ou en partie ; parmi les premiers, l'auteur range les paresthésies et les douleurs ; parmi les seconds, les paralysies et irritations sensitives partielles ou totales (anesthésies et hyperesthésies). Les sensations de constriction, de froid, de formication, etc., disparaissent complètement — dans les formes légères ; tandis que, pour les formes graves, la cessation rapide et complète est rare, elle est due plus souvent à la destruction des nerfs qu'à leur restitution ; ou bien ces sensations surviennent à de plus grands intervalles ou diminuent d'intensité. Parmi les douleurs névralgiques, ce sont surtout les douleurs lancinantes des jambes qui sont atténuées ou supprimées, après les cures mercurielles. Par contre, les crises gastriques, vésicales, anales, laryngées, etc..., sont peu modifiées. Les troubles sensitifs sont souvent aussi améliorés ; dans un petit nombre de cas seulement, l'analgésie et l'anesthésie sont devenues plus accusées et plus diffuses, mais dans la grande majorité des cas, on a constaté une régression évidente de ces paralysies partielles de la sensibilité. Les troubles de coordination et les troubles moteurs se comportent comme les troubles sensitifs. Dans bon nombre de cas, les symptômes ataxiques ont diminué, on a même observé plusieurs fois la disparition complète de l'ataxie. La durée de l'amélioration est très variable suivant les cas. On n'observe jamais un rapport déterminé entre la marche de l'ataxie et celle des symptômes sensitifs. Les troubles moteurs, depuis une légère tendance à la fatigue jusqu'à la parésie grave, sont plus favorablement modifiés. Plusieurs malades, qui pouvaient à peine se tenir debout, ont pu, après le traitement mercuriel, marcher sans

grand effort, ni fatigue d'une demi-heure à plusieurs heures. En ce qui concerne les atrophies musculaires qui compliquent le tableau morbide du tabes, l'auteur n'a aucunes données. Les réflexes cutanés sont rarement influencés par le tabes, mais on sait que la disparition des réflexes tendineux est l'un des symptômes précoces les plus importants de cette affection. On a observé plusieurs fois, après la cure mercurielle, un arrêt dans la disparition des réflexes tendineux en tant qu'elle restait limitée à l'un ou aux deux réflexes du tendon d'Achille, ou que la différence des deux réflexes rotuliens demeurait stationnaire. Souvent aussi, les réflexes tendineux ont repris une intensité exagérée ou sont tombés au-dessous de la normale ou ont entièrement disparu. Dans un grand nombre de cas, les réflexes patellaires absents ont reparu d'une façon passagère ou durable.

Dans quelques-uns des cas observés par l'auteur, la réaction pupillaire est redevenue rapide et prompte. L'atrophie tabétique du nerf optique a été améliorée chez plusieurs malades.

Des améliorations de diverse nature ont été observées du côté de la vessie et du rectum, ainsi que dans le domaine sexuel. Enfin comme il a été dit, l'influence du mercure sur l'état général mérite une mention toute spéciale. Dans le tabes comme dans la syphilis floride, la mercurialisation paraît stimuler les mutations organiques et améliorer la nutrition. Mais pour un certain nombre de cas, on ne sait pas dans quelle mesure le résultat doit être attribué au mercure ou au traitement accessoire. Il est toutefois des cas où le mercure seul a été absolument démonstratif. On a dit que parfois l'amélioration était passagère. Dans la syphilis, il n'est pas rare de voir des récidives après une mercurialisation énergique, la même éventualité n'a donc rien d'étrange dans le tabes dont la syphilis est la cause la plus importante. L'aggravation des symptômes tabétiques après une amélioration temporaire serait plutôt une indication pour continuer ou recommencer la cure spécifique.

Le Dr Dinkler dit en terminant qu'il ne donne pas le mercure comme une panacée pour le tabes dorsal; il a cherché à démontrer, en s'appuyant sur l'observation de 71 cas non choisis, que le traitement mercuriel du tabes est justifié par les recherches étiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques, que non seulement il n'a pas de conséquences fâcheuses, mais qu'il détermine des améliorations évidentes chez la plupart des malades.

A. Doyon.

Traitement prophylactique de la syphilis. — Krowczinski. Experimente über prophylactische Behandlung der Syphilis. (*Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*. Ergänzungshefte, 1893, p. 71.)

Jusqu'à présent, le traitement prophylactique des maladies syphilitiques n'a donné presque aucun résultat positif. Calderon aurait eu un remède pour préserver de la syphilis, il n'a jamais divulgué son secret. Bœck inoculait la sécrétion du chancre mélangée à différents remèdes, mais sans pouvoir en déduire de conclusions positives.

Les recherches de l'auteur datent de 1878, il les renouvela en 1890-1891-1892. Elles consistaient en inoculations aux animaux de la sécrétion

du chancre mou et de celle des lésions récentes de la syphilis. Les premières comme les dernières ne donnèrent que des résultats négatifs. Il se décida alors à inoculer à l'homme la sécrétion du chancre mou. Ayant acquis la conviction que la sécrétion de cette variété de chancres ainsi que la sécrétion contagieuse des formes récentes de la syphilis avaient une réaction alcaline, il pensa que le liquide protecteur devait avoir une réaction acide. Il fut confirmé dans cette pensée par la rareté du chancre mou et des ulcères syphilitiques primaires dans le vagin, ce qui tient probablement à la réaction acide de la sécrétion normale de cet organe. Il s'agissait de trouver un remède ayant des propriétés désinfectantes sans que son action caustique fût nuisible à l'organisme. Or, l'eau oxygénée possède ces propriétés. L'examen microscopique de la sécrétion mélangée à l'eau oxygénée et de la sécrétion sans addition, aucune, montra que l'emploi de ce remède modifie visiblement la sécrétion du chancre mou et du chancre dur ainsi que celle des condylomes humides. L'emploi de l'eau oxygénée avec addition d'acide chlorhydrique dans la proportion (100 : 0,5) répond aux indications ci-dessus.

Il inocula la sécrétion du chancre mou principalement à ceux qui en étaient atteints ou à des syphilitiques. Voici son procédé. Il scarifie la peau de l'avant-bras en trois points différents, il applique ensuite sur ces surfaces la sécrétion du chancre mélangée d'eau oxygénée, d'hydrogène préparée sur un verre de montre, avec une à deux, tout au plus quatre gouttes d'acide chlorhydrique. Ce mélange produisait toujours une écume plus ou moins considérable, d'autant plus forte que l'eau était plus fraîche.

Sur quinze inoculations faites avec le pus du chancre mou, il y en eut quatorze dans lesquelles aux points que l'auteur avait inoculés avec du pus mélangé d'eau oxygénée, l'inoculation donna un résultat négatif, c'est-à-dire : il ne survint pas de chancre mou et au bout de quelques jours il y avait à peine une trace de la scarification. Dans un cas il fit une inoculation avec de l'eau oxygénée mêlée à une solution de potasse caustique, l'inoculation donna un résultat positif. Dans quatorze cas où l'inoculation fut faite avec la sécrétion chancreuse pure, non mélangée, il se produisit, cela va de soi, des chancre mous.

Stimulés par ces résultats, deux médecins demandèrent à être inoculés avec la sécrétion d'un chancre dur. L'inoculation fut pratiquée avec la sécrétion d'un ulcère syphilitique récent coexistant avec une syphilis générale; cette sécrétion mélangée à trois gouttes d'eau oxygénée acidifiée fut étendue sur la peau préalablement scarifiée. Le troisième jour, on ne voyait plus que les traces de la scarification. Il y a plus d'un an que les inoculations ont été faites et il n'est survenu aucun symptôme de syphilis. Toutefois l'auteur ne veut pas tirer de ces deux faits des conclusions positives.

S'il pouvait résulter de ces expériences que le peroxyde d'hydrogène acidifié avec l'acide chlorhydrique, employé immédiatement après le coït, protège de la contagion, ce serait une conquête qui pourrait abréger les désastres résultant de la prostitution plus facilement que tous les moyens employés jusqu'à présent.

A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

Ern. Barrault. **Le typhus exanthématique à l'infirmerie centrale des prisons et à la Santé en 1893**, broch. in-8°. Paris, 1893.

On n'a pas oublié la petite épidémie de typhus qui a sévi l'année dernière dans le département de la Seine et dans les départements environnants. Les vagabonds et les prisonniers furent les premières victimes de cette maladie, en réalité assez rare et dont on n'avait guère eu l'occasion d'observer à la fois dans nos régions de cas aussi nombreux.

La situation de l'auteur l'a mis à même d'observer à la fois plusieurs de ces cas. Du 23 mars au 6 avril, 13 typhiques furent en effet envoyés à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, installée à la prison de la Santé ; si le nombre est peu élevé, c'est qu'à partir du 6 avril les autres typhiques des prisons furent évacués sur l'Hôtel-Dieu. Des 13 typhiques soignés à la Santé, 8 succombèrent, 5 guérirent. Après avoir passé en revue les principaux symptômes présentés par ses malades, M. Barrault envisage surtout le côté thérapeutique. Mis en présence d'une maladie qu'il observait pour la première fois, sa thérapeutique fut celle des indications sans qu'aucun médicament parût avoir une influence bien favorable.

Au contraire, l'aération donna les meilleurs résultats : ce fut en effet, quand on eut transporté les malades sous une tente dressée à cet effet, qu'on vit leur situation s'améliorer et que les décès s'arrêtèrent. Aussi M. Barrault a-t-il la conviction que la première indication à remplir pour lutter contre l'infection typhique, c'est de s'efforcer « de restaurer l'intégrité de l'hématose par la respiration de l'air sans cesse renouvelé, par la respiration en plein air », et mieux encore, dans les cas graves, d'employer les inhalations d'oxygène.

L'expérience réalisée à la Santé est en effet intéressante : « Sur 12 malades soignés dans les salles communes et dans les salles d'isolement, 6 avaient succombé le 5 avril. Le 6, entre un treizième malade. Le 8 au matin, les 7 survivants sont portés sous la tente. Le même jour avait lieu le septième décès. Le lendemain matin, 9 avril, le huitième décès. Tous les autres guérissent. Rien n'a été changé au traitement. A quelle cause, dit l'auteur, attribuer cette transformation, si ce n'est au grand air et à la rénovation de l'hématose ? »

H. F.

ERRATA DU DERNIER NUMÉRO DES *ANNALES*

Page 249 :

Lignes 1 et 2, *au lieu de :* réaction hémianoptique, réaction paradoxale, *lire :* réaction hémianopsique des pupilles, réaction dite paradoxale et hippus.

Ligne 14, au lieu de nippus, *lire :* hippus.
— 17 — nippus, *lire :* hippus.
— 25 — nystagmus, *lire :* hippus.

Le Gérant: G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SUPPURATIONS ASSOCIÉES AUX SYPHILOMES TERTIAIRES DES FOSSES NASALES

Par **H. Hallopeau** et **E. Jeanselme.**

Communication au Congrès de Rome.

Les localisations de la syphilis tertiaire sur les fosses nasales sont remarquables par leur gravité et leur ténacité, alors même que, leur nature spécifique étant reconnue, une thérapeutique rationnelle est instituée en temps utile.

C'est dans la configuration anatomique et dans le rôle physiologique de ces cavités qu'il faut chercher la cause de cette résistance opiniâtre au traitement antisyphilitique. En effet, la pituitaire tapisse toutes les anfractuosités de ces parties et se continue, en dedans, avec le revêtement muqueux du canal nasal et de l'antre d'Highmore, en haut avec celui des sinus de la face, en arrière avec la muqueuse du pharynx et de la trompe d'Eustache. Sur cette membrane recouverte d'un enduit visqueux, se déposent comme sur la paroi d'un filtre les particules solides, minérales ou organisées, entraînées par le courant d'air inspiratoire. Comme les bactéries trouvent dans cette atmosphère chaude, humide et confinée toutes les conditions favorables à leur développement, la flore microbienne des fosses nasales est des plus riches et des plus variées. Mais, pour que ces micro-organismes puissent manifester leur activité, il faut qu'ils se fixent sur un point du derme muqueux dépouillé de son épithélium protecteur, sur une ulcération nasale chronique par exemple, telle que celles qui résultent de la syphilis tertiaire. Alors les microbes pyogènes qui existent d'une manière constante dans les fosses nasales ne restent plus de simples épiphytes inoffensifs, mais deviennent pathogènes et produisent des infections ascendantes qui peuvent soit envahir les sinus de la face, soit remonter le long des voies lacrymales ou des trompes d'Eustache.

Telles sont, brièvement résumées, les conditions pathogéniques qui expliquent pourquoi les syphilomes tertiaires des fosses nasales donnent lieu à des suppurations remarquables par leur opiniâtreté et par l'odeur fétide qu'elles exhalent (rhinite, coryza et ozène syphilitiques).

Nous avons actuellement dans nos salles quatre malades qui en sont atteints.

Le plus habituellement, ces suppurations sont médiocrement abondantes et localisées à une partie des fosses nasales, à celle dans laquelle persiste un séquestre en voie d'élimination. L'écoulement est à la fois purulent et muqueux, de consistance épaisse et mélangé souvent de concrétions croûteuses. Il s'élimine chaque jour, soit par l'orifice des fosses nasales, soit par une perforation de la voûte palatine, soit par une ouverture anormale correspondant au sinus maxillaire. Il en est ainsi chez trois de nos malades, ils rentrent dans la règle. Le quatrième, au contraire, sur lequel nous désirons appeler particulièrement l'attention, présente un ensemble de symptômes très différents ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit.

Ed. Lev., âgé de 31 ans, domestique de ferme.

Cet homme, de constitution vigoureuse, n'a jamais été atteint d'aucune affection grave. Il y a dix-huit mois, sans dysphagie préalable, il s'aperçut un jour, en prenant son repas, que ses boissons étaient rejetées par le nez. Le médecin qu'il consulta reconnut une *perforation du voile du palais*. Ces troubles de la déglutition s'aggravant, le malade entra dans un hôpital de province où on lui fit prendre exclusivement, paraît-il, de l'huile de foie de morue.

Depuis le début des accidents la sécrétion nasale est devenue extrêmement abondante. C'est un véritable *jetage* représenté par une humeur luisante et verdâtre, mêlée de croûtes, qui s'écoule goutte à goutte d'une manière continue et qui oblige le malade à tenir constamment son mouchoir au-dessous de ses narines. Malgré tout le soin qu'il prend à protéger ses vêtements, ceux-ci sont toujours souillés de larges taches de pus.

Il y a six mois, le malade a remarqué une petite ulcération dans l'intérieur de la narine droite et peu à peu le *nez s'est effondré*. Depuis deux mois environ la partie médiane de la lèvre supérieure, baignée constamment par les sécrétions nasales, est le siège d'une ulcération profonde et anfractueuse, déchiquetée, à fond bourbillonneux jaunâtre, à bords décollés et circonscrits par une zone étendue d'un rose vif. Cette ulcération doit être considérée comme l'extension de celle qui a pris naissance dans le vestibule de la narine droite. Actuellement la sous-cloison, en grande partie détruite, n'est plus représentée que par une saillie anfractueuse et bourgeonnante baignée de pus. Les mêmes lésions s'observent en dedans des ailes du nez.

Toutes ces surfaces ulcérées se continuent avec l'ulcération de la lèvre supérieure qui tend à gagner le sillon naso-génien et à désinsérer les narines.

L'examen des fosses nasales, pratiqué par M. le Dr Cartaz, donne les résultats suivants :

La partie cartilagineuse de la cloison est entièrement détruite ; à

gauche le cornet inférieur a disparu ; à droite la muqueuse qui tapisse les cornets inférieur et moyen est le siège d'une tuméfaction œdémateuse. L'éclairage par transparence des cavités nasales dénote à gauche une opacité sous-orbitaire avec disparition des impressions lumineuses : c'est là, comme l'ont montré Garel et Davidschon, le signe d'une altération du sinus maxillaire.

Depuis cinq à six semaines, il y a de *l'épiphora* et du muco-pus s'accumule dans le grand angle des deux yeux. Il est donc certain que les *voies lacrymales sont gravement intéressées.* Ces altérations sont plus accentuées à gauche, de ce côté le sac lacrymal est distendu et saillant et quand on exerce sur lui une pression modérée, on fait refluer son contenu muco-purulent par un trajet fistuleux.

Sur la partie antérieure du voile du palais, sont disséminées quelques ulcérations peu profondes, à fond bourbillonneux. La partie postérieure du voile du palais est transformée en une nappe bourgeonnante, irrégulière et baignée de pus, elle a perdu sa souplesse et sa mobilité. Il est impossible de reconnaître les différentes parties constituantes de l'isthme du gosier qui semblent toutes confondues dans la même ulcération. Le bord libre du voile, par suite de la disparition de la luette, décrit une ogive irrégulière en arrière de laquelle apparaît la face postérieure du pharynx très inégale, d'un rouge foncé, parsemée d'ulcérations à fond gris jaunâtre.

Depuis plusieurs mois, le malade a constaté une diminution notable de l'ouïe des deux côtés. A plusieurs reprises, il s'est fait un *écoulement purulent abondant par les conduits auditifs.* Du côté droit, la membrane du tympan est perforée et l'air en s'échappant de la caisse produit un bruit strident.

La langue, les diverses parties de la cavité buccale (à l'exception du voile du palais), le bord libre des lèvres, ne sont pas intéressés.

La voix n'est pas altérée.

Quelques ganglions peu développés, indolents et mobiles, occupent la région sous-maxillaire.

L'état général est satisfaisant. La température, prise matin et soir, est normale. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

En présence des accidents que nous venons de décrire, le diagnostic de manifestations syphilitiques tertiaires est celui qui s'impose immédiatement à l'esprit. Toutefois, comme le malade n'avait souvenir d'aucun accident syphilitique, qu'il ne portait sur les organes génitaux et le reste des téguments aucune cicatrice suspecte, que rien enfin dans l'examen minutieux de cet homme ne pouvait faire affirmer la syphilis, il y avait lieu de se demander s'il ne fallait pas incriminer une autre affection à laquelle cet homme aurait été exposé de par sa profession.

Les détails circonstanciés dans lesquels entrait le malade, donnaient à l'hypothèse d'une infection farcino-morveuse une certaine vraisemblance. Il était, en effet, spécialement préposé aux soins à donner aux chevaux. Il y en avait en moyenne seize à vingt dans son écurie ; c'étaient de vieux chevaux qui avaient un jetage abondant, qui toussaient et qui portaient

des plaies sur diverses parties du corps. Beaucoup de ces animaux ne pouvaient plus rendre de services et étaient envoyés à l'équarrissage. Cet homme ajoute qu'il buvait souvent dans l'auge de ses chevaux malades. Un vétérinaire, appelé à visiter l'écurie, aurait fait interdire au propriétaire de vendre ou d'acheter des chevaux. Tout concordait donc à faire penser que cet individu était atteint de la morve. Mais l'enquête faite sur les lieux, grâce à l'obligeance de M. le Dr Vilcoq, a démontré que les affirmations du malade étaient fausses de tous points. D'autre part, l'inoculation du produit du jetage dans le péritoine de plusieurs cobayes n'a jamais provoqué la vaginalite caséo-suppurée pathognomonique de la morve.

Enfin, le traitement antisyphilitique a enrayé les accidents qui n'ont rétrocédé, il est vrai, qu'avec une extrême lenteur. Depuis cinq mois, le malade prend une dose quotidienne de 2 à 4 gr. d'iodure de potassium, les ulcérations du voile du palais, du pharynx et de la lèvre supérieure se sont cicatrisées rapidement, mais il persiste encore un suintement purulent assez abondant par le nez, les points lacrymaux, l'ulcération du sac lacrymal et le conduit auditif externe du côté droit.

L'extrême abondance de la suppuration, qui a pu être évaluée à près d'un litre en vingt-quatre heures, constituait un véritable *jetage* tel qu'on n'en rencontre guère que dans la morve. Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun fait analogue et les observateurs les plus autorisés, parmi lesquels nous citerons en première ligne M. le professeur Fournier, nous ont affirmé n'en avoir jamais observé de semblable dans la syphilis.

Cette suppuration énorme s'est prolongée pendant plusieurs mois, malgré un traitement des plus énergiques. Elle n'est pas restée limitée aux cavités nasales. Elle a envahi simultanément les voies lacrymales du côté gauche et les cavités auriculaires des deux côtés. L'otite double suppurative indique en effet, en toute évidence, que l'inflammation suppurative s'est étendue aux deux trompes d'Eustache ainsi qu'aux oreilles moyennes. Il s'est agi d'altérations profondes, car le malade est resté sourd.

Il ne peut être ici question, comme dans les faits mentionnés précédemment, d'une altération syphilitique limitée à une partie du squelette. L'abondance de la suppuration et son extension aux cavités voisines impliquent une altération généralisée à toute l'étendue des fosses nasales et aux différents sinus annexés à la face. L'examen pratiqué par le Dr Cartaz a démontré la participation du sinus maxillaire au processus suppuratif.

Quelle est la nature de cette altération des cavités nasales ? Est-ce une manifestation de la syphilis ? Il n'est pas douteux que la syphilis n'ait été le point de départ de ces accidents. Nous en avons pour preuves les lésions si rapidement destructives qui ont labouré sous nos yeux la lèvre supérieure et amené en quelques jours l'affaisse-

ment du nez. Mais peut-on concevoir que ces lésions syphilitiques se soient généralisées à toute l'étendue des cavités nasales ainsi qu'aux voies lacrymales et aux conduits auditifs? Nous ne le pensons pas. Tandis, en effet, que le traitement spécifique a eu rapidement raison des lésions si profondes qui intéressaient la lèvre supérieure, il n'a pu empêcher ces suppurations de se propager aux cavités voisines des fosses nasales.

D'ailleurs, ni la nécrose du squelette, ni les ulcérations spécifiques de sa membrane de revêtement ne sauraient expliquer des suppurations aussi abondantes, car on ne les observe pas même quand les mutilations spécifiques du centre de la face atteignent leur plus haut degré. Ajoutons en outre que nous avons pu observer, en un point, la membrane qui était le siège d'une de ces suppurations, celle du sac lacrymal devenu fistuleux; or nous avons constaté que jamais elle n'a présenté les caractères d'un syphilome : c'était une simple ulcération sans caractère spécifique. Cette fistule faisait, à cet égard, contraste avec les ulcérations pathognomoniques qui avaient partiellement détruit la lèvre supérieure.

Si ces suppurations, bien que manifestement *d'origine* syphilitique, ne peuvent être considérées comme spécifiques quant à leur *nature*, on est conduit à les attribuer à une inflammation banale des fosses nasales. Nos examens bactériologiques viennent à l'appui de cette interprétation. Dans le pus du jetage, celui de l'oreille droite et de la fistule lacrymale gauche, nous avons isolé par les cultures sur plaques le streptocoque, le staphylocoque doré et le *bacterium coli commune;* ce dernier existait presque à l'état de pureté dans la suppuration du sac lacrymal. Les ulcérations syphilitiques n'ont fait que favoriser la multiplication de ces microbes vulgaires qui ont les fosses nasales pour habitat normal. Grâce aux conditions favorables du terrain, ils ont pu envahir toute l'étendue de la muqueuse nasale ainsi que celle des conduits adjacents et amener leur inflammation suppurative.

En résumé, il s'est agi manifestement *d'infections secondaires ascendantes*. Il est facile de concevoir comment le canal nasal, débouchant au centre de l'ulcération des narines, a pû s'infecter par voie rétrograde, de même que la trompe d'Eustache, plongeant dans le cloaque naso-pharyngien, a permis l'ascension de germes pathogènes jusque dans l'oreille moyenne. Le résultat de nos examens bactériologiques vient à l'appui de cette hypothèse. Ainsi s'explique la grande abondance de la suppuration, sa durée et la résistance au traitement spécifique.

Le *pronostic* de ces suppurations généralisées des cavités nasales doit être considéré comme grave : indépendamment de l'infirmité répugnante qu'elles constituent pendant un laps de temps assez con-

sidérable et des troubles fonctionnels qu'elles entraînent du côté de l'odorat et de l'ouïe, on doit craindre qu'elles ne se propagent, soit par l'oreille interne, soit par l'intermédiaire du squelette aux méninges et n'entraînent ainsi les plus redoutables accidents.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail.

1° Il peut se produire, consécutivement aux syphilomes des cavités nasales, des inflammations suppuratives non spécifiques de la muqueuse qui les tapisse ;

2° Elles peuvent être remarquables par leur grande abondance ainsi que par leur durée et constituer ainsi un véritable jetage ;

3° Elles peuvent se propager au canal nasal et au sac lacrymal et amener la formation d'une fistule susceptible de donner, pendant des mois, issue à du pus ;

4° Elles peuvent envahir les trompes d'Eustache ainsi que les oreilles moyennes et donner lieu ainsi à tous les phénomènes de l'otite double suppurative avec écoulement purulent par les conduits auditifs externes ;

5° Elles sont d'origine, mais non de nature, syphilitique ; leur évolution est indépendante de celle des syphilomes concomitants ; l'action du traitement spécifique est nulle sur elles ; elles persistent alors que les accidents syphilitiques qui les ont provoquées guérissent rapidement ;

6° Elles sont dues à l'intervention de microbes banaux qui trouvent dans les ulcérations syphilitiques une porte d'entrée et se multiplient en raison des conditions favorables de terrain et de culture que leur offrent les cavités nasales ;

7° Par suite du jetage abondant qu'elles provoquent, de leur résistance au traitement spécifique et des lésions destructives avec lesquelles elles coïncident, elles peuvent en imposer pour des altérations farcino-morveuses : les résultats des recherches bactériologiques et des inoculations, rapprochés de l'action du traitement sur les lésions concomitantes, permettent seuls d'éviter une erreur.

Hôpital Necker. — Service du Professeur DIEULAFOY.

CHANCRES INFECTANTS SUCCESSIFS
NAISSANT A INTERVALLES PROLONGÉS PAR RÉINOCULATION
CHEZ UN MÊME INDIVIDU

OBSERVATION ET REMARQUES

Par **P. Charrier**
Ancien interne du service.

D..., 20 ans, comptable, entre à Necker le 20 juillet 1891, parce qu'il présente, au pubis et sur la région latéro-dorsale gauche de la verge, trois érosions chancriformes qui durent depuis quarante jours au plus et vingt jours au moins.

Ce malade, très intelligent, rend parfaitement compte des circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi les trois lésions que nous avons actuellement sous les yeux. Il cherche tout d'abord quelle est la femme qui a pu lui donner son mal et suppose que la contagion a eu lieu vers le 10 mai de cette année, du 1er au 10. Cinq à six semaines plus tard, vers le 8 juin, il vit apparaître, entre les poils du pubis, un petit bouton qu'il crut être un clou; ce bouton ne suppura pas et resta à l'état de petite érosion qui s'agrandit peu à peu et passa de la dimension d'une pièce de vingt centimes à celle d'une pièce de cinquante centimes. Cette érosion, légèrement suintante, se recouvrit, vers le 25 juin, d'une croûtelle et prit l'aspect caractéristique qu'elle offre aujourd'hui. En même temps, ou plutôt cinq jours plus tard (toutes ces dates nous sont ainsi fournies par le malade qui avait inscrit sur un carnet les diverses phases de sa maladie), il quittait la femme qu'il accusait de l'avoir rendu malade, désirant lui prouver qu'elle était vraiment la cause de son mal. Le 29 juin, il constate sur la verge, un peu à gauche de la ligne médiane, deux taches rougeâtres un peu dures, auxquelles il n'avait pas pris garde tout d'abord. Ces taches grandissent, prennent l'aspect de la lésion du pubis avant la croûte, s'érodent à leur tour, grandissent et, c'est à cause de leur ténacité qu'il se décida à venir à Necker, après avoir été consulter M. Mauriac. Au Midi, il y a une dizaine de jours, le maître fit le diagnostic de chancres indurés multiples. Seulement, le malade n'ayant pas insisté sur la succession de ces trois chancres, M. Mauriac crut qu'il s'agissait d'une apparition simultanée.

Lorsque nous vîmes le malade, les lésions étaient toutes les trois caractéristiques par leur induration, par la saillie qu'elles offraient et qui était formée par leur base surélevée et dure, se continuant en pente douce avec la peau du voisinage. De plus, il n'y avait pas de suintement ou fort peu, et il s'agissait vraiment d'érosion et non d'ulcération.

Le diagnostic porté fut chancres indurés multiples, survenus à intervalles distincts, chez le même individu.

Les deux aines présentaient en outre une adénopathie caractéristique; on sentait, en explorant la région à gauche, de petits ganglions durs, roulant sous le doigt et non douloureux. Les ganglions, au nombre de trois à gauche, étaient réduits à un seul perceptible à droite; aucun autre phénomène d'infection générale.

Le 1er août, le malade commence à se plaindre d'une céphalée nocturne apparaissant le soir vers 5 heures et n'existant pas le matin au réveil. En outre, tous les soirs, le malade accuse un léger mouvement fébrile, 38°,5.

Le 8, on constate, sur la poitrine et sur les épaules, une éruption maculeuse manifeste; ces macules, à peine visibles au début, se montrent de plus en plus et, le 12 août, l'éruption se généralise.

La cicatrisation des chancres s'accentue; toutefois, depuis le 28 juillet, il existe un peu de lymphangite douloureuse du dos de la verge. Néanmoins, le malade quitte le service le 13 août.

Le malade a été revu trois fois dans le mois d'août et deux fois en septembre. Toutes les fois, il est venu pour se faire cautériser les amygdales et le voile du palais sur lequel existent des plaques muqueuses très nombreuses.

Le 4 octobre, il se décide à rentrer. Après l'avoir examiné, nous constatons que les lésions tuberculeuses du sommet droit surtout, mais aussi du sommet gauche, ont fait de grands progrès. Tous les jours, à partir de 4 heures, il est en proie à une fièvre élevée de 39° à 40°. De plus, son amaigrissement est extrême. Son appétit est nul. En résumé, il fait de la bacillose à marche rapide. Néanmoins, étant données les douleurs ostéocopes qu'il accuse dans les jambes, le long de la crête du tibia, on continue le traitement auquel il avait été soumis lors de son premier séjour. Le 12, on constate une légère hémoptysie. M. Dieulafoy fait suspendre l'iodure.

Dans les premiers jours de novembre, il y avait un peu d'amélioration dans l'état général, mais, localement, les douleurs étaient toujours très vives. On lui fait tous les jours des injections intra-musculaires de peptone mercurique. L'une d'elles, faite dans la cuisse, amène deux eschares que rien n'a pu guérir.

On supprime tout traitement antisyphilitique; néanmoins, l'état général continue à s'aggraver et la mort survient, vers le 20 janvier, dans le marasme et dans la cachexie tuberculeuse.

Remarques. — L'observation que nous avons rapportée ici est celle d'un malade qui a présenté successivement, à intervalles prolongés, trois chancres spécifiques infectants. Les cas de ce genre sont rares. Hudelo (De l'immunité syphilitique. *Annales de dermat. et de syphil.*, mai 1891, t. II, n° 5, p. 375) en cite quelques exemples :

1° Diday (*Hist. nat. de la syphilis*, 1864, p. 338) en cite 3 cas.

A. Cullerier, un homme, porteur d'un chancre à la verge, a vu apparaître un deuxième chancre vingt-cinq jours après le premier au niveau du pubis, ce deuxième chancre résulte de l'auto-inoculation du

premier, qui pendant le décubitus s'appliquait sur le pubis au point où s'est développé le premier. Cette observation est identique à la nôtre, à cette différence que, chez notre malade, le premier chancre est apparu sur le pubis et les deux autres sur la verge, vingt jours après le premier.

La deuxième observation, personnelle à Diday, a pour objet un malade porteur d'un chancre induré de la lèvre inférieure, qui donna naissance, vingt jours plus tard, à un autre chancre induré situé sur la lèvre supérieure, en un point correspondant au chancre de la lèvre inférieure.

Le troisième cas de Diday appartient à Waller; il s'agit d'un enfant ayant contracté la syphilis par inoculation de sang syphilitique et présenta deux chancres à la cuisse gauche le 31 août, et qui quinze jours plus tard, en présenta deux autres à l'épaule droite, dus sans doute à l'inoculation par les ongles de l'enfant, qui, se grattant les chancres de la cuisse, transporta à son épaule leur virus, et se les réinocula.

Jullien (*Traité des maladies vénériennes,* 1886) cite le cas d'un malade ayant un chancre du pénis, et, trois semaines après le premier, un chancre de l'abdomen.

Haslund (*Annales de dermatologie,* 1887) publie cinq cas comme les précédents cités par Hudelo.

Le premier est celui d'un malade porteur d'un chancre préputial, qui consécutivement, vingt jours plus tard, eut un deuxième chancre uréthral.

Le deuxième est celui d'un malade porteur d'un chancre de la rainure, qui dix-sept jours plus tard voit apparaître un deuxième chancre de la face interne du prépuce.

Le troisième cas est celui d'une femme qui, vingt-quatre jours après les premiers chancres, en vit apparaître un tardif à la petite lèvre gauche.

Citons encore, toujours d'après Hudelo, deux cas identiques entre eux (*Ann. méd. men.*, 9 mai 1888, Othmann Dumesnil). Il s'agit de malades qui, porteurs chacun d'un chancre du prépuce, s'inoculèrent, par grattage à la lèvre inférieure, ces chancres successifs apparemment au moins quinze jours après le premier.

De même dans les cas d'Ulmann et de Losth.

Ces observations, et la note que nous donnons plus loin avec tous ses détails, prouvent que le chancre syphilitique une fois apparu peut se réinoculer, ou bien être réinoculé, soit accidentellement, soit volontairement, soit par contact, soit par transport du virus à distance.

Il semble donc, ainsi que beaucoup d'auteurs le professent, que le chancre une fois apparu ne confère pas encore l'immunité complète.

Diday, Rollet pensent que le chancre est réinoculable à l'état naissant, mais seulement à cette période de début. C'est également l'avis d'auteurs tels que Mauriac, Jullien. En revanche, Pierre Monod, Othmann Dumesnil, etc., admettent qu'une fois le chancre apparu, l'immunité est constituée et que les chancres dits successifs sont des chancres contemporains méconnus.

Pour Hudelo, l'opinion que l'on doit admettre est la suivante :

1° L'immunité syphilitique qui se constitue dès l'incubation du chancre peut faire défaut dans les premiers jours de ce stade, et même faire complètement défaut pendant toute sa durée :

2° Une fois le chancre apparu, l'immunité est constituée ; toutefois, exceptionnellement et jusqu'à ce que l'adénopathie symptomatique se soit montrée, l'immunité peut manquer, ainsi que le prouvent les observations de chancres successifs survenus chez un même individu (*loco citato*, p. 377).

Notre observation est aussi caractéristique que possible; sans doute, on pourra nous objecter que, lorsque le malade est entré dans le service, le 20 juillet, il était porteur de trois lésions que nous avons fait photographier. Ce sont même ces trois lésions qui ont rendu le diagnostic hésitant dans le service. M. Dieulafoy, seul, se fondant sur ces caractères objectifs, sur la double adénite indolore, sur l'élevure de chacune des lésions de la surface rouge vif saignante des deux chancres de la verge, tandis que celui du pubis était croûteux, se prononça en faveur du diagnostic de trois chancres indurés syphilitiques. L'apparition de la roséole maculeuse et papuleuse, le 8 août, vint confirmer ce diagnostic. Mais déjà, depuis le premier interrogatoire du malade, nous avions été frappés de ce fait que, suivant ses dires, les trois chancres n'étaient pas apparus en même temps. Cette affirmation fut en quelque sorte prouvée par la guérison du chancre pubien, dix jours environ avant les deux chancres du pénis. D'ailleurs, il est à remarquer que la cicatrisation de ceux-ci fut retardée par une lymphangite du dos de la verge.

Nous cherchâmes à faire préciser au malade la date d'apparition des divers chancres. Il nous donna par écrit, d'abord la date du coït infectant qui, d'après lui, remonterait au 6 mai, puis celle de l'apparition du premier chancre, ou chancre pubien ; ce chancre se montra du 8 au 10 juin, c'est-à-dire environ quatre semaines après le coït suspect.

Ce chancre augmenta rapidement et atteignit les dimensions d'une pièce de 50 centimes en très peu de temps. Il ne s'accompagna pas de gonflements ganglionnaires, ou tout au moins le malade ne s'aperçut pas qu'il eût de gonflement. Le 29 et le 30 juin, vingt jours après le 1er chancre, il aperçut sur le dos de la verge, à gauche de la ligne médiane, deux petits points rouges qui grossirent très vite et qui

se présentèrent au bout de quatre à cinq jours sous la forme de petits boutons un peu élevés sur leur base, au point que le malade crut qu'il s'agissait de petits clous et qu'il les perça avec une aiguille; c'est à ce moment qu'il aperçut de petites grosseurs siégeant dans l'aine de chaque côté et roulant sous le doigt. Il insiste sur l'absence de douleurs aussi bien au niveau de l'exulcération pubienne que des deux exulcérations siégeant sur la verge.

Malgré ces renseignements donnés sans aucune hésitation par un malade plus intelligent que ne le sont d'ordinaire les malades d'hôpitaux, nous voulûmes nous rendre compte de l'auto-inoculation que nous supposions avoir dû se produire, et en relevant la verge sur l'abdomen, il nous fut facile d'appliquer sans effort chacun des chancres péniens sur le chancre du pubis. Lorsque la verge s'allongeait, dans les érections nocturnes par exemple, le chancre du pubis devait arriver au contact du chancre pénien le plus rapproché de la racine ; dans le cas au contraire de flaccidité complète, le chancre du pubis arrivait au niveau du chancre le plus près du gland.

Ce qui était concluant, c'est qu'en renversant, comme nous venons de le dire, la verge sur le pubis, d'elle-même et naturellement elle s'appliquait sur le chancre pubien, la lésion de la verge se superposant spontanément à celle du pubis.

Il nous semble que, dans ces conditions, on peut admettre les dates d'apparition successive fournies par le malade. Comment expliquer autrement cette coïncidence de trois chancres apparus non simultanément sur une même ligne verticale, si l'on repousse l'hypothèse de l'auto-inoculation ? La contagion s'exerçant ainsi sur trois points relativement éloignés ne pourrait présenter une telle régularité.

Nous pensons donc que l'on peut conclure de cette observation, qu'il existe dans la syphilis une période plus ou moins longue après l'apparition de l'accident primitif, pendant laquelle l'immunité n'est pas encore conférée; faut-il attendre pour admettre cette immunité que l'infection ganglionnaire se manifeste ? on peut le croire sans l'affirmer, mais, quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins très intéressant de prouver que le chancre est au début vraiment un accident local ; cela doit encourager les partisans de l'excision précoce, malgré les nombreux échecs que cette méthode a éprouvés jusqu'à présent.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 AVRIL 1894.

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. Présentation d'ouvrages. A l'occasion du procès-verbal : MM. Raymond, Mathieu, Fournier, Baudouin, Wickham, Jullien. — Xeroderma pigmentosum, par M. du Castel. — Gommes ulcérées de la langue ou épithélioma, par M. du Castel. (Discussion : MM. Fournier, Brocq.) — Épithélioma serpigineux de la région frontale ; difficultés de diagnostic avec une syphilide tertiaire, par M. Georges Thibierge. (Discussion : MM. Jullien, Besnier, Fournier, Brocq, Barthélemy.) — Lichen de Wilson d'origine émotionnelle chez une fillette nerveuse, par M. H. Feulard. (Discussion : M. Jacquet.) — Syphilis héréditaire chez un enfant de quatre mois ; syphilis ignorée de la mère ; père indemne de syphilis ; syphilis contractée probablement dans un premier mariage et par conception, par M. H. Feulard. — Arrêt de développement et de formation du squelette simulant la syphilis héréditaire, par M. Georges Baudouin. — Sur un cas de lèpre anesthésique avec déformation singulière des mains et persistance des éminences thénar et hypothénar, par M. H. Hallopeau. (Discussion : MM. Fournier, Besnier.) — Érythrodermie généralisée du mycosis fongoïde du type scarlatiniforme, par M. Louis Wickham. (Discussion : M. Hallopeau.) — Vitiligo ou Pinta, par M. E. Legrain. — Vitiligo survenu à la suite d'une opération de Battey, par M. Barbe. (Discussion : MM. Albert Mathieu et Baudouin.) — Note pour servir à l'histoire du traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble. (Discussion : MM. Fournier, Jullien, Barthélemy, Mathieu, Besnier.) — Malade atteint d'une lésion papillomateuse et ulcéreuse de l'avant-bras de nature douteuse, par L. Brocq. (Discussion : MM. du Castel, Besnier.) — Éruption eczématiforme due à la résine élémi et simulant une hydrargyrie, par H. Cathelineau. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société :

Julio Pereira Leite. — *Breves considerações sobre a transmissaõ da syphilis pelo casamento*, 1893.

Henri Lamy. — *De la méningo-myélite syphilitique. Étude clinique et anatomo-pathologique*. Thèse, Paris, 1893.

Lucien Raynaud, d'Alger. — *Syphilis grave à début simulant une fièvre éruptive. Apparition de symptômes hystériques. Fracture spontanée de deux côtes*. Broch.

Du même. — *Pleurésie syphilitique. Maladie des vagabonds*. Broch.

Professeur Alfred Fournier. — *Les affections parasyphilitiques*. In-8°, Paris, 1894.

J. Méneau, de la Bourboule. — *Considérations sur la plique.*
M. H. Richardson. — *A contribution to the surgery of the Gall Bladder.*

La Société a aussi reçu les deux premiers numéros des journaux suivants :

Clinica dermosifilopatica. Anno I, 1893.
La Roumanie médicale, paraissant deux fois par mois en roumain et une fois en français, 1894.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL DE LA DERNIÈRE SÉANCE

Cas de dermatite exfoliatrice.

M. P. Raymond. — Chez le malade présenté par M. Wickham comme atteint de dermatite exfoliatrice, l'urine a été considérée comme normale. Or, il n'en est rien; ce malade n'élimine que 21 gr. d'urée par jour, ce qui est une quantité évidemment trop faible, et ce fait confirme l'opinion de M. Besnier : c'eût été d'ailleurs le premier cas que j'eusse observé dans lequel la quantité d'urée des vingt-quatre heures eût été normale, depuis qu'à l'instigation de M. Vidal, je me suis occupé de cette question. Comme le pensait aussi M. Besnier, la quantité des chlorures est diminuée. Il est enfin un point qui m'a frappé, c'est une augmentation de l'acide urique. Ce n'est pas la première fois que j'ai remarqué ce fait, non seulement dans les cas de dermatite exfoliatrice, mais dans plusieurs dermatoses. J'ai commencé d'ailleurs des recherches sur ce sujet, et je me contente de signaler le fait à la Société en raison des déductions thérapeutiques qu'il comporte; je crois qu'il y a lieu de chercher tout d'abord à modifier l'état de la nutrition et à traiter l'uricémie.

M. Albert Mathieu. — Il ne faut pas oublier, lorsqu'il s'agit d'uricémie, qu'on tend actuellement à considérer comme plus élevée qu'on ne le faisait autrefois la quantité de l'acide urique contenu dans les urines. Von Noorden, dans un ouvrage récent (1), en prenant la moyenne des analyses faites depuis quelque temps par un certain nombre d'auteurs, la plupart allemands, donne, comme moyenne de la dose normale d'acide urique dans l'urine des vingt-quatre heures, de 70 centigr. à 1 gr. 20. On est donc loin des 40 à 50 centigr. que l'on admettait autrefois. Il en résulte qu'on a souvent considéré comme uricémiques des gens qui ne l'étaient pas et qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure dans ce sens. Tout ce qui concerne l'uricémie, dans la goutte, ou en dehors d'elle, paraît actuellement remis en question.

Il est juste, du reste, de reconnaître avec M. Raymond, que le malade de M. Wickham, avec 1 gr. 75 d'acide urique, était au-dessus même de la moyenne physiologique qui paraît résulter des recherches récentes.

M. P. Raymond. — Il y a longtemps qu'on sait que la quantité d'acide

(1) *Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels*, 1893.

urique donnée comme normale par les auteurs classiques est trop faible, mais encore ne faut-il pas exagérer et les recherches dont parle M. Mathieu, si tant est qu'elles soient applicables à l'Allemagne, ne prouvent rien chez nous. Les Allemands, en effet, sont grands et de plus gros mangeurs, et il n'y a dès lors rien d'étonnant à ce qu'ils éliminent plus d'acide urique que nous.

M. Fournier. — Pour tout ce qui est de ces dosages urinaires, et, en particulier du dosage de l'acide urique, il faut évidemment tenir compte d'éléments multiples et établir des distinctions fondamentales suivant qu'il s'agit de maladies aiguës ou chroniques, d'individus alités ou non, suffisamment ou insuffisamment alimentés, etc., etc. Il y a là un nombre considérable de facteurs dont il importerait de tenir compte.

M. G. Baudouin. — Sans contester l'importance des dosages d'acide urique dans les cas de dermatoses et particulièrement dans la dermatite herpétiforme, il y a d'autres éléments à considérer dans l'étude de la nutrition de ces malades, tels que la magnésie, le soufre, la potasse, les phosphates et les chlorures. On n'en a guère tenu compte dans les études faites jusqu'à ce jour, et je puis annoncer, pour prendre date au nom de mon maître M. Albert Robin, que des recherches sont commencées dans ce sens, et que déjà des résultats très remarquables ont été obtenus qui seront communiqués ultérieurement.

M. Louis Wickham. — Lorsque j'ai présenté à la dernière séance le malade dont il est question avec le diagnostic hypothétique de dermatite exfoliatrice, j'ai eu soin de laisser ce diagnostic en suspens, d'autant plus que l'histologie n'avait point été encore faite. Depuis, de nouveaux signes cliniques, d'une part, tels que l'apparition d'une tumeur bientôt ulcérée, au-dessous de l'oreille droite, et d'une autre située au milieu de la joue gauche ; et, d'autre part, l'étude histologique commencée mais non encore achevée, ont permis d'orienter le diagnostic du côté du mycosis fongoïde. Le malade que je me promettais de représenter aujourd'hui est décédé il y a six jours. L'autopsie a été faite au complet et nous nous proposons, M. Darier et moi, de revenir sur ce sujet en en faisant l'objet d'une communication ultérieure; il y a donc lieu de remettre, à l'époque de cette communication, la discussion qui vient de s'élever au sujet de l'état des urines chez notre malade, alors que nous serons en possession de tous les documents qui le concernent, et que nous pourrons tabler plus exactement sur la nature de l'affection.

Éruptions antipyriniques.

M. Jullien. — Dans la dernière séance, M. Brocq a présenté un malade atteint d'une dermatose attribuée par notre collègue à l'usage de l'antipyrine.

L'aspect de cette éruption si caractéristique me rappela immédiatement

un cas semblable que j'avais observé, il y a trois ans, et je me promis de retrouver le malade et de savoir s'il avait fait usage de l'antipyrine.

C'est ce que j'ai fait, et je dois dire que le résultat de mon interrogatoire a été pleinement confirmatif. Ce malade m'a dit qu'étant sujet aux migraines, il prenait très fréquemment, et depuis plusieurs mois, des doses variées d'antipyrine.

J'ai recherché les points qui furent jadis le siège du mal, et j'ai constaté que les traces s'en étaient considérablement atténuées, en quelques éléments mêmes assez effacées pour qu'on ne retrouvât plus qu'une teinte violacée discrète.

Je suis heureux d'apporter ce fait à l'appui des observations si intéressantes de notre collègue.

Xeroderma pigmentosum.

Par M. du Castel

Le petit malade, Eugène, C..., âgé de 13 ans et demi, a été présenté devant la Société de dermatologie une première fois déjà le 16 novembre 1893, par MM. Tenneson et Danseux. L'histoire de la maladie se trouve relatée dans tous ses détails dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de novembre 1893, p. 1181.

Le petit malade est entré dans notre service, salle Hillairet, le 4 *avril dernier*. Voici quel est son *état actuel* (10 avril) : Les taches rouges, les placards d'atrophie cutanée, les taches pigmentaires de la nuque et des parties latérales du cou ne se sont pas modifiées. A la nuque, au-dessous de la naissance des cheveux, il existe un large placard rouge, transversal, légèrement induré, avec, au pourtour, des croûtes assez épaisses, eczématiformes. Ces lésions sont coupées inférieurement par une ligne droite correspondant à la ligne du col des vêtements ; elles sont limitées, par conséquent, aux régions en contact constant avec l'air et la lumière. Au niveau de la lèvre supérieure, on voit une encoche, trace de l'ancien épithélioma excisé. Pas de récidive à ce niveau ; au-dessous de l'aile du nez, à gauche, il existe une petite tumeur de la grosseur d'un pois, à surface papillomateuse.

Sur la paupière inférieure droite, occupant toute la moitié interne de cette paupière, on constate une tumeur épithéliomateuse du volume d'une grosse noisette, dure, recouverte d'une légère croûte noirâtre. La tumeur occupe le bord libre de la paupière, mais envahit de plus la face cutanée de la paupière et une partie de sa face conjonctivale. La conjonctive oculaire à son niveau est rouge, congestionnée, avec un léger dépôt purulent.

Les taches pigmentaires des mains et des avant-bras ne semblent pas avoir pris d'extension. L'état général est parfait.

(Observation recueillie par M. Schwab, interne au service.)

Gommes de la langue ulcérées ou épithélioma.

Par M. du Castel.

H..., âgé de 71 ans, ancien placier, ne présente pas d'antécédents tuberculeux. Il nie avoir eu la syphilis, et il ne porte sur le corps aucune trace de cette affection : ni cicatrices ni exostoses. Le malade est prostatique et calculeux. Il a subi, il y a cinq ans, la lithotritie. Depuis cette époque, il se sonde tous les jours lui-même ; de loin en loin, il est sondé par le médecin.

Le malade a eu deux enfants ; l'aîné de ces enfants, âgé de 33 ans, présente des dents en mauvais état et irrégulièrement implantées. Les incisives supérieures sont légèrement échancrées. La voûte palatine est très prononcée, mais, dans son enfance, ni lésions oculaires ni auriculaires.

Depuis l'âge de 7 ans, au contraire, il est atteint d'un psoriasis.

Le second enfant est mort le jour même de sa naissance.

La femme du malade n'a point fait de fausses couches.

Début de l'affection. — Ce début est très difficile à déterminer ; le malade ne peut donner à ce sujet aucun renseignement précis, ni comme date, ni comme mode de début.

C'est il y a quatre mois que le malade vit pour la première fois un médecin de la ville pour une douleur qu'il ressentait au niveau de sa langue. A ce moment, la langue présentait, sur sa partie latérale droite, vers le milieu, une grosse tuméfaction, dure, formant là une saillie très appréciable à la vue. De plus, sur le bord gauche de la langue, on voyait une petite ulcération légèrement saignante et bourgeonnante. A côté de ces deux lésions, il existait sur la langue des plaques nombreuses de leucoplasie.

Peu de troubles fonctionnels ; une légère douleur seulement pendant la mastication. Pas de douleurs dans l'oreille. Pas de ganglions. Comme traitement, on prescrit du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium.

Au bout d'une huitaine de jours de ce traitement, la saillie dure du bord droit de la langue s'affaissa beaucoup, et l'ulcération du bord gauche sembla, elle aussi, s'améliorer : on continua donc le même traitement ; mais peu après, s'installèrent des douleurs dans l'oreille gauche et dans la langue, et un peu de salivation. On supprima alors le sirop de Gibert et le malade prit seulement 4 gr. d'iodure par jour. Mais l'ulcération augmenta petit à petit d'étendue, et les douleurs persistèrent.

Le 4 avril dernier, le malade vint à notre consultation externe. A ce moment, on constate, au milieu du dos de la langue, une induration profonde, allongée d'avant en arrière, faisant une légère saillie sur la surface de la langue, très ferme au toucher, non ulcérée, non douloureuse au toucher.

Sur le bord droit de la langue, il existe une seconde induration, un peu moins allongée que la précédente.

Au niveau du bord gauche, à 2 centim. environ en arrière de la pointe, se voit une assez vaste ulcération, à bords épaissis, indurés et irréguliers, à fond recouvert d'une masse blanc-jaunâtre ressemblant à un bourbillon.

La langue n'est pas fissurée. Mais, sur le dos de la langue, on voit de petits points jannâtres ou jaune verdâtre ressemblant à des abcès ou à des gommes miliaires.

Pas de ganglions notables ; douleurs vives dans l'oreille gauche et dans la tête.

Le malade reprend son sirop de Gibert.

Nous le revoyons le 10 avril. Les points indurés persistent tels que nous les avons vus la semaine précédente; mais le fond de l'ulcération s'est absolument détergé; ce fond n'est ni saignant ni bourgeonnant. Les bords de l'ulcération sont indurés.

(Observation recueillie par M. Schwab, interne du service.)

Je ferai remarquer que notre malade nie tout antécédent syphilitique, et qu'il a été impossible de relever chez lui trace d'aucune lésion syphilitique. Il a eu deux enfants : le second est mort en bas âge ; l'aîné, que vous voyez ici, présente des lésions des incisives médianes supérieures, dont l'extrémité libre est beaucoup plus mince que le corps de la dent elle-même et lui fait suite par un ressaut brusque. En résumé, on ne trouve nulle part d'antécédent syphilitique net. Mais ce qui doit nous rester dans l'esprit, c'est l'amélioration considérable survenue sous l'influence du traitement antisyphilitique, la diminution des noyaux d'infiltration de la langue, le nettoyage de l'ulcération qui, recouverte, il y a quelques jours encore, d'une plaque bourbillonneuse, est aujourd'hui complètement nettoyée et sur laquelle on ne relève pas les granulations saignantes propres à l'épithélioma, mais plutôt une tendance cicatricielle.

M. Fournier. — Il n'est pas rare d'observer des malades atteints de glossites pour lesquelles se pose la question du diagnostic entre la glossite tertiaire ulcérée et l'épithélioma. On institue le traitement spécifique : tout va bien pendant huit à quinze jours, voire trois semaines ; on espère qu'il s'agit d'une lésion syphilitique qui va guérir ; puis l'ulcération reprend ; il devient évident alors, après cette phase trompeuse d'espérance, qu'il s'agit d'un épithélioma, et l'intervention chirurgicale devient quelquefois nécessaire.

M. Brocq. — A quoi est due cette amélioration première ? Est-ce à une action sur l'épithélioma lui-même, ou bien y a-t-il combinaison entre l'élément syphilitique et l'élément épithéliomateux ?

M. Fournier. — M. Verneuil admettait des hybrides de la gomme et du cancer ; mais on constate des améliorations par le traitement spécifique dans des cas même où il n'y a pas de syphilis.

M. Jullien. — Il me sera permis tout d'abord de regretter l'absence de notre collègue Ozenne, qui a consacré sa thèse inaugurale au développement des idées de M. Verneuil sur l'hybridité de l'épithélioma et de la

syphilis. Il défendrait, mieux que je ne puis le faire, des théories qui ont été depuis reprises par le professeur Lang, mais auxquelles on peut toujours reprocher de manquer de confirmation histologique suffisante, tant qu'on ne nous aura pas montré sur une même coupe le granulome combiné au paviment épithélial.

En ce qui concerne les premiers effets du traitement spécifique sur les épithéliomes, j'ai certainement observé quelques faits analogues à ceux rapportés par M. le professeur Fournier; mais l'amélioration momentanée ne peut-elle pas parfois s'expliquer par l'attention que l'on apporte, dans nos services, aux soins locaux de propreté et d'antisepsie ? D'autre part, le contraire n'est pas rare, et M. Verneuil a particulièrement insisté, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de chirurgie, sur les dangers de l'iodure de potassium dans le cancer de la langue. Notre maître a prouvé que ce sel donné à l'intérieur activait d'une façon dangereuse la marche du néoplasme, et qu'il était imprudent de l'administrer, comme on le fait généralement et sans trop approfondir le diagnostic, comme médicament d'épreuve.

C'est en me basant sur ces faits d'observation, et bien convaincu que, lorsque le diagnostic est douteux, le traitement par les pilules ou les frictions n'offre aucune garantie répondant aux besoins de la chirurgie, laquelle doit agir immédiatement si elle veut être efficace, que j'ai conseillé de recourir exclusivement à l'injection de calomel. J'ai prouvé par des faits nombreux qu'en huit jours le doute était entièrement dissipé; j'y ai eu recours moi-même à maintes reprises et j'ai pu pratiquer dans ces délais l'amputation de l'organe atteint, au grand bénéfice de mes opérés.

Je saisis avec empressement cette occasion de le répéter : nous savons qu'il ne reste au cancéreux de la langue qu'une chance de salut, celle de l'opération hâtive. On disait jadis : « Tout cancer de la langue meurt dans l'année ou la suivante. » Si nous avons quelque espoir de réformer cet axiome de désespoir, c'est par une extirpation précoce et complète. Or le calomel nous donne le moyen de la faire, et à ce point de vue doit compter comme un des plus précieux adjuvants de la chirurgie,

---

Épithélioma serpigineux de la région frontale ; difficultés de diagnostic avec une syphilide tertiaire.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint d'un épithélioma cutané remarquable à la fois par sa longue durée, par son extension et par les difficultés qu'a offertes son diagnostic.

D..., âgé de 49 ans, employé au chemin de fer de l'Est, entre le 23 mars 1894 dans le service de mon maître, M. le Dr Ernest Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer.

Cet homme, dont les antécédents héréditaires ne présentent aucune

particularité en rapport avec l'affection dont il est porteur, et qui n'a jamais eu d'accidents syphilitiques, est atteint d'une lésion du front remontant à dix-huit ans. Il a vu, à cette époque, se développer sur la partie moyenne du front, sur une ligne verticale passant par le milieu de l'œil droit, au niveau du bord de sa casquette, « un petit bouton », qui a été nécessairement irrité et excorié par sa coiffure ; cette lésion, à peine saillante, donnant une légère sécrétion purulente, n'a présenté aucune tendance à la réparation. Pendant dix ans, quoique la lésion initiale ait toujours progressé, le malade n'a suivi aucun traitement ; à ce moment seulement, il s'est décidé à consulter un médecin qui lui a fait appliquer des cataplasmes de mie de pain et une pommade. Enfin, en 1891, voyant la lésion continuer à s'accroître, il s'est décidé à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis et à entrer dans le service de M. Besnier.

A cette époque, l'ulcération occupait environ le quart de la surface qu'elle présente actuellement; son fond était irrégulier, cicatrisé par places, ses bords étaient moins nettement accusés qu'aujourd'hui et n'étaient pas durs et saillants. Le malade fut soumis à l'emploi de l'iodure de potassium et des préparations mercurielles, et la lésion recouverte d'emplâtre à l'aristol. Douze jours après le commencement de ce traitement, l'ulcération se réparait à peu près complètement et le malade put sortir de l'hôpital. Il ne tarda pas à y rentrer, l'ulcération s'étant reproduite et ayant progressé par ses bords. J'eus l'occasion, pendant que je remplaçais M. Besnier au mois d'août 1891, d'observer ce malade ; je réinstituai le traitement antisyphilitique, en poussant la dose d'iodure de potassium jusqu'à 14 gr. par jour et, en raison de la marche serpigineuse de l'affection, dont la nature syphilitique me paraissait cependant à peu près certaine, je fis, sur les bords, plusieurs séances de cautérisation ignée. Sous l'influence de ce traitement, je vis survenir une certaine amélioration ; mais je ne parvins jamais à obtenir une guérison complète. A plusieurs reprises depuis cette époque, le malade quitta l'hôpital, amélioré, puis y rentra au bout de quelque temps avec une nouvelle extension de sa lésion, qui progressait par ses bords, tandis que sa partie centrale se modifiait peu. Il fut soumis, soit par M. Besnier, soit par moi, à des traitements dont l'iodure de potassium, les cautérisations ignées et les applications d'emplâtre à l'aristol faisaient les frais, traitement toujours relativement infructueux.

Cependant M. Besnier avait abandonné l'idée d'une lésion syphilitique en présence de cet insuccès de la médication spécifique et, pensant qu'il s'agissait d'un épithélioma, avait pratiqué la rugination des bords qui étaient un peu durs, mais n'offraient pas l'aspect caractéristique qu'on leur trouve actuellement.

Au mois d'août dernier, pendant que je suppléais M. Besnier, l'hypothèse d'une maladie de Paget fut émise ; mais le résultat négatif de la recherche des coccidies fit abandonner ce diagnostic.

Actuellement, les lésions se présentent sous un aspect qui ne laisse plus de doute sur leur nature épithéliomateuse; on constate, en effet, sur la région frontale droite, débordant un peu sur la ligne médiane et remontant dans le cuir chevelu, une ulcération mesurant 16 centimètres

dans son plus grand diamètre vertical et 15 centimètres dans son plus grand diamètre transversal.

En avant, cette ulcération descend jusque sur la racine du nez, où elle pousse un prolongement, puis son bord remonte sur le front, laissant intacte la partie interne du sourcil, redescend pour envahir le tiers externe du sourcil et la partie adjacente de la paupière supérieure et pousse sur la région temporo-malaire un prolongement arrondi qui déborde de 1 centimètre environ le niveau de l'orifice palpébral.

Cette vaste ulcération est cicatrisée à son centre, où la peau est lisse, d'un blanc légèrement bleuâtre; mais, au milieu des surfaces cicatrisées, on retrouve encore des ulcérations assez superficielles, légèrement granuleuses, à contours irréguliers, ne dépassant pas les dimensions d'une lentille.

Au pourtour de cette surface épiderminée, on trouve une ulcération, à contours irréguliers du côté de la partie centrale, ulcération superficielle, granuleuse, recouverte par places de croûtes brunâtres peu épaisses; cette ulcération présente une largeur variable : atteignant 3 centimètres environ à la partie postérieure, elle ne dépasse pas 1 centimètre sur la plus grande partie de son étendue; en certains points même, dans sa portion antérieure, la surface épiderminée se continue directement avec le contour saillant de la lésion; au niveau du prolongement temporo-malaire, l'ulcération est plus profonde et son fond est plus irrégulier.

Le bord de l'ulcération montre manifestement la nature de la lésion : dans toute son étendue, ce bord vaguement polycyclique est saillant, forme un bourrelet ferme, de consistance uniforme, renversé en dehors sur certains points, recouvert partout à sa surface externe d'épiderme se continuant avec celui des parties adjacentes. Ce bord, d'une largeur de 1 millimètre environ sur la plus grande partie de l'ulcération, est plus large, plus saillant et plus renversé sur le prolongement intersurcilier et surtout sur le prolongement temporo-malaire.

Il n'y a pas d'adénopathies appréciables, ni dans la région sous-maxillaire, ni dans la région parotidienne, ni dans la région cervicale postérieure.

L'état général du sujet est conservé bon.

L'ulcération n'a jamais donné lieu à des hémorrhagies.

M. Chibret, ancien interne des hôpitaux qui, a bien voulu examiner un fragment de l'ulcération pris sur le bord du prolongement temporo-malaire, m'a remis à ce sujet la note suivante :

L'examen histologique montre qu'on a affaire à un épithélioma tubulé qui présente quelques particularités intéressantes.

Sur des coupes pratiquées au niveau du bourrelet périphérique, on voit, comme dans toutes les tumeurs épithéliales d'origine cutanée, les bourgeons interpapillaires augmenter de volume et s'infiltrer dans la profondeur des tissus. Mais, dès que ces bourgeons ont pris un certain volume, les cellules qui occupent leur partie profonde diffèrent sensiblement du type malpighien normal. Elles deviennent atypiques, leurs filaments d'union ne se distinguent plus. Elles sont, en un mot, absolument atypiques.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette transformation des cellules épithéliales se fait brusquement, si bien qu'un même bourgeon interpapillaire hypertrophié paraît parfois composé de deux parties bien distinctes, une superficielle, formée de cellules malpighiennes normales, et une profonde formée de cellules atypiques.

Au niveau des parties ulcérées de la tumeur, les bourgeons épithéliaux ne renferment plus que des cellules atypiques et se distinguent à peine des nombreuses cellules embryonnaires qui infiltrent le tissu ambiant.

Les cellules des bulbes pileux et des glandes sébacées prolifèrent et participent à la néoformation épithéliale. Cependant les lésions paraissent assez superficielles et les noyaux épithéliaux ne semblent pas s'infiltrer profondément dans les tissus.

Le diagnostic d'épithélioma, déjà manifeste à l'examen clinique, est suffisamment corroboré par l'étude histologique précédente pour ne laisser aucune prise au doute.

Il me paraît non moins évident qu'il ne s'agit pas d'un épithélioma greffé sur une lésion cutanée antérieure : les néoplasies épithéliales consécutives au lupus, aux syphilides, etc. n'envahissent pas avec une régularité aussi parfaite la totalité du pourtour de ces lésions ; elles se développent en un point limité de celles-ci, affectent la forme bourgeonnante ou ulcèrent profondément les tissus, envahissent avec plus de rapidité les ganglions lymphatiques et aboutissent à la cachexie.

Force est donc d'admettre que ce malade est porteur, depuis de longues années déjà, d'un épithélioma, quoique les caractères cliniques de cette affection ne se soient manifestement révélés que depuis un temps assez court. Ce malade a, en effet, été observé d'une façon presque constante pendant plusieurs mois sans que le diagnostic ait pu être soupçonné et le nom du dermatologiste éminent dans le service duquel il a été traité est un sûr garant que ce diagnostic ne pouvait être fait.

Les résultats, passagers à la vérité et inconstants, du traitement antisyphilitique et des applications locales ne prouvent rien contre la nature, épithéliomateuse depuis longtemps, des lésions, car on a vu plus d'une fois des topiques peu actifs amender des tumeurs épithéliales, et on assez souvent vanté dans le cancer les agents de la médication syphilitique pour qu'on doive admettre que, tout au moins, ces agents n'empêchent pas toujours l'épithélioma de se réparer partiellement et temporairement.

La longue durée de l'épithélioma cutané est un fait assez connu et depuis assez longtemps pour ne pas paraître paradoxal : il n'en est pas moins remarquable de voir une lésion poursuivre pendant dix-huit ans sa marche serpigineuse, progresser de plus du triple en trois ans, arriver à atteindre les dimensions que nous observons chez ce malade, sans qu'il y ait le moindre indice d'une atteinte de l'état général, et

on comprend comment, en l'absence de signe local caractéristique, sa nature a pu passer inaperçue pendant plusieurs mois.

Il faut donc conclure que l'épithélioma cutané peut, pendant une période parfois longue de son existence, ne pas présenter ses caractères cliniques habituels et en particulier le bord ferme si spécial à cette affection. En pareil cas, la longue durée des lésions, l'insuffisance du traitement antisyphilitique, la précision du contour des ulcérations et leur progression régulièrement centrifuge et de proche en proche sur toute leur étendue peuvent aider à établir le diagnostic véritable.

M. E. Besnier. — J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter ce malade il y a plusieurs années dans mon service ; la lésion était alors à peine le quart de ce qu'elle est aujourd'hui. Son aspect était celui d'une syphilide vulgaire. Ultérieurement, il se fit des récidives successives, de telle sorte que cela donnait l'idée d'une de ces syphilides serpigineuses incessamment récidivantes que nous rencontrons quelquefois. J'avais tendance à mettre ces récidives sur le compte de l'alcoolisme.

Plus tard, je fus amené à diagnostiquer un épithélioma ; je fis à plusieurs reprises la rugination, mais sans avantage.

Ce n'était pas le premier cas de ce genre qu'il m'était donné d'observer. Je vous présente ici un moulage très beau et très exact fait par M. Baretta d'après un cas analogue. Il y a, comme vous le voyez, une vaste ulcération du front ; une autre, qui présente tout à fait l'aspect d'une gomme ulcérée, a presque totalement détaché l'oreille. La malade était notoirement syphilitique ; il n'y eut pas cependant d'amélioration par le traitement spécifique.

C'est dans les cas de cet ordre que la biopsie devient un élément clinique majeur.

Quant à la question de savoir si l'on a eu affaire à un épithéliome développé sur une lésion syphilitique ; s'il existe des formes *mixtes ;* ou si ces cas sont simplement des épithéliomes *primitifs* plus ou moins longtemps méconnus ; c'est là un point que, seule, une observation des faits nouveaux, plus approfondie, pourra résoudre véritablement.

M. Fournier. — Ce malade a séjourné dans mon service en 1892 ; nous avons diagnostiqué une syphilide ulcéreuse, et nous nous sommes trouvés encouragés dans cette erreur de diagnostic par les bons effets du traitement spécifique.

Ne pourrait-on pas, pour signaler ces lésions à l'attention des médecins, leur donner le nom d'épithélioma syphiloïde ? Leur ressemblance avec les syphilides serpigineuses est étroite ; elles en ont le bord sinueux et polycyclique, le centre cicatriciel, etc.

M. Brocq. — La cicatrisation du centre est un fait fréquent dans les épithéliomas bénins de la face ; leur marche est, à ce point de vue, tout à fait analogue à celle des syphilides serpigineuses. C'est un des caractères mêmes de la maladie ; il n'y a donc guère lieu, pour indiquer cette particularité, d'employer le qualificatif de syphiloïde.

M. Fournier. — Il serait utile, en tout cas, de faire connaître aux médecins l'existence des cas de ce genre, de façon à les mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic actuellement presque fatale.

M. Barthélémy. — Les bords de l'épithélioma serpigineux de la face ont des caractères particuliers qui fournissent, dans la plupart des cas, de suffisants éléments de diagnostic différentiel : ils sont moins entaillés que les bords des syphilides serpigineuses ; les ulcérations sont moins profondes et leurs arcades sont beaucoup moins étendues.

La surface même de la lésion est recouverte de bourgeons charnus plus nombreux, plus serrés, plus égaux, moins volumineux et d'une coloration rose, tirant sur le jaune plus que sur le brun, d'une teinte en tout cas moins foncée, à reflets plus rosés.

Je crois que ces signes ont une valeur dans la plupart des cas, sans compter les signes classiques, la facilité de saigner, l'induration des tissus, etc. Mais ici, la cicatrisation spontanée du centre, l'extension centrifuge, l'étendue même de la lésion lui donnent exceptionnellement un aspect syphiloïde tellement prononcé que je crois bon, avec M. le professeur Fournier, de signaler aux observateurs.

M. Besnier. — De même qu'il y a des épithéliomes syphil*oïdes*, il existe des syphilides épithéliomat*oïdes*, et la fusion de leurs caractères cliniques est parfois assez étroite pour défier toute différenciation absolue dans un examen extemporané.

Quant aux épithéliomes *serpigineux cicatrisants*, qui sont très communs, ils forment la grande classe des épithéliomes *bénins superficiels* dans laquelle se rangent l'épithéliome bénin de Tiersch, le *rodent ulcer*, etc. Il suffit, pour bien mettre en évidence leur bénignité relative, leur superficialité, et leur tendance cicatricielle, de les soustraire à toute application irritante.

Lichen de Wilson d'origine émotionnelle chez une fillette nerveuse.

Par M. H. Feulard.

Voici une fillette de 9 ans et demi, qui est atteinte de lichen de Wilson. Je ne crois pas, en effet, qu'on puisse dénommer autrement l'éruption qu'elle présente.

Elle a débuté il y a trois mois, dans des circonstances particulières que je vais dire tout à l'heure, a occupé d'emblée toutes les régions qu'elle occupe aujourd'hui et depuis n'a subi, paraît-il, aucune modification; je l'ai vue hier pour la première fois.

Elle est caractérisée par d'innombrables petites papules plates, sèches, grosses comme des têtes d'épingle, quelques-unes comme des grains de millet, de couleur brun jaunâtre sur le tronc, plutôt rouge vineux sur les membres, la plupart très brillantes, comme des gout-

telettes de cire; cet aspect est surtout marqué sur le thorax, où les papules sont plus pâles.

Le visage est réservé et il n'y a rien sur la muqueuse buccale ; sur les membres l'éruption affecte une disposition symétrique, surtout bien marquée au niveau des deux aisselles, des deux plis des coudes. des plis génito-cruraux et des cuisses ; aux plis des coudes et aux membres inférieurs, les papules se disposent en rangées linéaires de couleur plus vive et très finement et légèrement desquamatives. Il n'y a pas de traces de grattage et le prurit est relativement modéré; la petite malade a cependant des crises de démangeaison.

L'intérêt le plus grand de ce fait, en dehors du jeune âge de la malade, me paraît être dans l'étiologie.

Il s'agit, en effet, d'une fillette extraordinairement nerveuse, née d'une mère également très nerveuse ; le père raconte qu'il y a trois mois l'enfant assista à un véritable drame, une tentative d'assassinat, qu'elle en fut toute bouleversée, voulut même se précipiter par la fenêtre et que c'est huit jours après environ qu'apparut l'éruption.

Ce que nous savons de l'origine névropathique du lichen de Wilson dans un grand nombre de cas nous autorise, je crois, à attacher à cette circonstance étiologique plus d'importance qu'on ne serait d'abord tenté d'y trouver : cette étiologie n'a, je crois, en tout cas, rien d'invraisemblable.

M. Jacquet. — Malgré la petitesse des éléments, le diagnostic de lichen de Wilson ne peut être contesté chez la jeune malade de M. Feulard. Quant à l'influence des émotions violentes sur la production du lichen, on l'a plusieurs fois relevée ; je l'ai trouvée moi-même dans six cas sur douze.

Syphilis héréditaire chez un enfant de 4 mois; syphilis ignorée de la mère; père indemne de syphilis; syphilis contractée probablement dans un premier mariage et par conception.

Par M. H. Feulard.

L'enfant que je vous présente est âgé de 5 mois et atteint de syphilis. Bien que les accidents soient très améliorés depuis que j'ai commencé le traitement, il y a un mois, on peut encore trouver les traces, sous forme de taches maculeuses de couleur rouge foncé, des syphilides qu'il présentait alors aux parties génitales et à l'anus. La première fois que je le vis (7 mars), il y avait des plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus et de son pourtour, des plaques sur les bourses et sur la verge, dont le prépuce était tuméfié extraordinairement ; des plaques cutanées sur les cuisses, des plaques des commissure labiales et du pharynx, et des syphilides des paupières. Il y avait

encore de l'enrouement, mais pas de coryza; l'état général était comme il est encore aujourd'hui, c'est-à-dire bon.

L'enfant était présenté par sa mère, qui l'allaitait, et qui paraissait elle-même en parfaite santé; elle ignorait tout antécédent syphilitique. En l'examinant complètement, je découvris cependant, au-devant et au-dessus de l'oreille gauche, en partie cachée par la chevelure, une syphilide tuberculeuse qui ressemblait à de l'impétigo, mais durait depuis quatre mois, sans avoir attiré sérieusement l'attention de cette femme, et une papule à la face palmaire de la main gauche; rien d'autre. Dans l'espèce, et malgré toutes les dénégations qui m'étaient opposées, c'était le stigmate que je cherchais, la signature indéniable. J'apprenais, d'ailleurs, que chez le bébé, c'était à l'âge de 6 semaines qu'étaient apparues les premières lésions, sous forme de papules rouges à la plante du pied gauche, et que les lésions génitales ne s'étaient montrées que postérieurement.

Il s'agissait donc bien évidemment d'un cas de syphilis héréditaire jusqu'alors méconnu, car les médecins qui avaient déjà vu l'enfant n'avaient fait ni diagnostic, ni traitement spécifique. Mais comment retrouver l'origine de la syphilis de la mère : aucun souvenir, aucune trace pour nous guider. Elle est dans l'ignorance la plus absolue de la nature exacte de ce que présente son enfant et de ce qu'elle a elle-même.

Cet enfant a un frère aîné âgé de 2 ans et demi; je l'ai vu, le voici d'ailleurs, il n'a rien; le mari lui-même, je l'ai vu, il n'a rien; il nie avoir jamais rien eu; voilà quatre années que dure le mariage.

J'appris alors que cette femme a eu un premier mari, dont elle est actuellement divorcée, et avec lequel elle a eu deux autres enfants : un garçon mort à 6 semaines, une fille morte au même âge. Impossible d'obtenir des renseignements plus exacts; ce premier mari a disparu; la malade ne se rappelle rien de particulier à son sujet; sur la mort de ses deux premiers enfants elle n'a pas davantage aucun renseignement certain à donner.

Que croire et que conclure? Une femme mariée deux fois a, avec un premier mari, deux enfants morts tous deux à 6 semaines; avec un second mari, un premier enfant bien portant, un second enfant syphilitique, elle même présente une syphilide tardive apparue pendant sa dernière grossesse.

Ne peut-on croire que cette femme a été syphilisée, probablement par le mode conceptionnel, lors de son premier mariage? que cette syphilis, très bénigne pour la mère, quoiqu'elle ait fait probablement périr ses deux enfants, ne s'est traduite, comme cela arrive souvent dans ces cas, par aucun accident immédiat, et s'est réveillée plusieurs années après, au moment d'une quatrième grossesse, mais, déjà vieillie, n'a provoqué chez la femme qu'une syphilide tuberculeuse dis-

crète, chez son quatrième enfant qu'une syphilis héréditaire à manifestations très bénignes ?

Je crois que scientifiquement la chose est possible : 1° l'état d'intégrité de l'enfant né avant celui-ci n'infirme en rien mon hypothèse, car on a rapporté (cela a été discuté ici même) plusieurs exemples de naissances d'enfants syphilitiques survenant après la naissance d'enfants sains; 2° je crois et je demande à mon maître M. le professeur Fournier de confirmer ce fait, peu fréquent mais intéressant, que l'imprégnation syphilitique d'une femme dans un premier mariage peut se faire sentir dans la descendance d'un second mariage, le second mari étant et restant indemne de syphilis. Je sais bien qu'on pourra, très simplement et avec quelque scepticisme, m'objecter comme on peut toujours le faire, que cette femme est devenue syphilitique récemment et extraconjugalement; mais outre que je n'ai pas de raison de suspecter la bonne foi de la malade, il me semble que cette syphilis, qui ne pourrait guère remonter à plus de deux ans, se serait traduite par des accidents d'autre nature que cette unique syphilide de l'oreille, présentant tous les caractères de la vérole vieillie. Quoi qu'il en soit, j'ai jugé le cas intéressant, ne serait-ce que comme nouvel exemple de ces syphilis ignorées si fréquentes chez la femme et qui, dans le cas présent, sans la naissance de cet enfant syphilitique, eût risqué de continuer à passer inaperçue ; le traitement, comme il arrive toujours dans ces cas vierges, a agi merveilleusement et quelques grammes d'iodure ont guéri en deux semaines la lésion de l'oreille ; l'enfant a été soumis au traitement par les frictions.

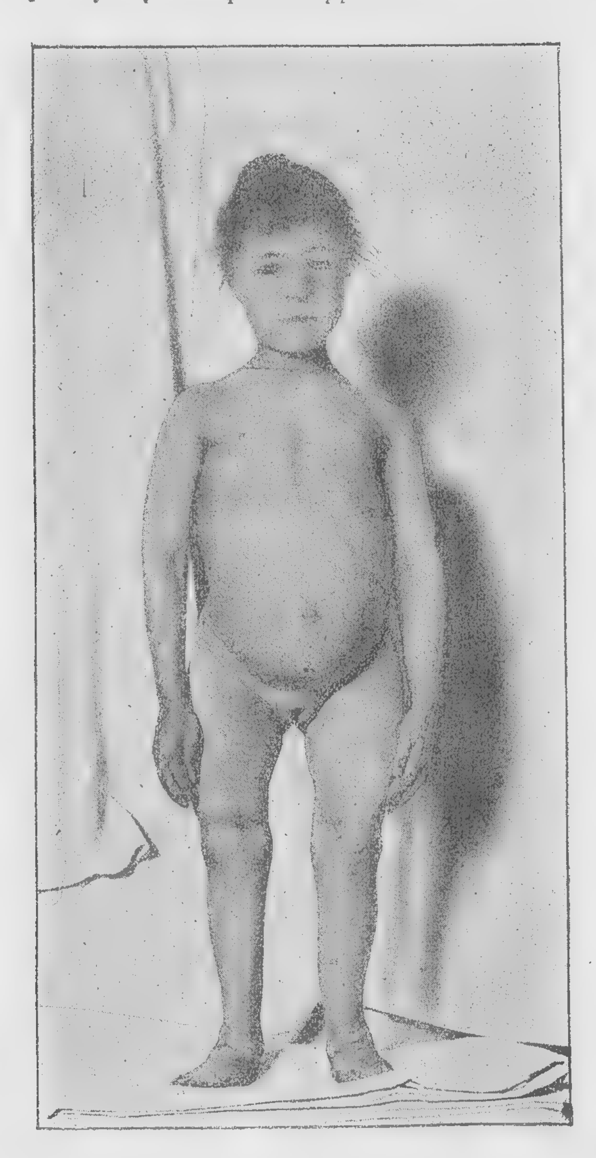
Arrêt de développement et déformations du squelette simulant la syphilis héréditaire.

Par M. Georges Baudouin.

La petite fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de mon ami le D[r] Capitan et au mien, est tout d'abord un exemple remarquable de ce que peuvent produire des troubles de développement survenant dans l'enfance. Son histoire a déjà été publiée, à ce point de vue, il y a quelques mois, par l'un de nous (voir *Médecine moderne*, 1893, p. 988), et aujourd'hui encore il suffit de la regarder pour apprécier combien elle est loin de présenter les attributs physiques de son âge.

En effet, cette fillette, bien qu'âgée de 9 ans et demi, paraît une enfant de 4 à 5 ans tout au plus : haute de 1 mètre seulement, elle ne pèse que 22 kilogr. Son frère, âgé de 5 ans, est aussi grand qu'elle et beaucoup

plus fort. J'ajouterai que sa nutrition se fait mal, elle s'alimente médiocrement ; c'est une enfant souffreteuse, qui se plaint constamment d'une sensation de fatigue extrême. La figure est assez intelligente ; elle répond bien aux questions qu'on lui pose ; elle retient assez bien ce qu'on lui enseigne et depuis quelque temps elle apprend à lire. D'un caractère doux



d'ailleurs, elle ne semble cependant guère plus développée au point de vue intellectuel qu'une enfant de 4 à 5 ans.

A ces troubles du développement général se lient des déformations qui actuellement revêtent des caractères tels qu'elles en imposent absolument pour des déformations dues à la syphilis héréditaire. Voici, au surplus, comment les choses ont évolué : l'enfant s'était toujours bien portée

jusqu'à l'âge de 6 mois, lorsque survint une tuméfaction des extrémités inférieures des fémurs et des extrémités supérieures des tibias, et petit à petit, les os des cuisses et des jambes s'incurvèrent. Ces phénomènes



se seraient ainsi accentués pendant huit mois, c'est-à-dire jusqu'au quatorzième mois, laissant à leur suite des déformations constituées telles que nous les voyons aujourd'hui.

Or, actuellement, nous constatons une tuméfaction non seulement des extrémités, mais aussi du corps de ces os, comme s'il s'était fait à leur niveau un travail d'ostéo-périostite spécifique. Cette véritable hyperplasie osseuse, qui remplit la main lorsqu'on palpe le membre,

a donné aux tibias cette conformation en *lame de sabre*, si bien connue depuis l'admirable description qu'en a faite M. le professeur Fournier. C'est sur ce point que nous attirons particulièrement l'attention de la Société, parce qu'il y a là véritablement des caractères objectifs qui, à première vue, font songer d'emblée à la syphilis héréditaire. Mais, d'autre part, dans l'ensemble de la configuration générale, nous trouvons des altérations qui relèvent tout autant, sinon plus, du rachitisme, telles que : nouures aux extrémités des os longs, ventre globuleux, ensellure considérable du rachis, saillie du thorax en avant, proéminence des bosses frontales ; la dentition elle-même est loin d'être normale : les dents ont apparu tardivement, irrégulièrement, incomplètement, elles sont mal rangées, les unes atteintes de carie prématurée, les autres atrophiées ; mais aucune d'elles n'offre les caractères de la dent dite d'Hutchinson.

Par ailleurs, aucune autre manifestation imputable à la syphilis : ni éruptions, ni maux d'yeux, ni troubles des fonctions auditives. Enfin, l'enquête que nous avons faite du côté de la famille nous a donné des renseignements négatifs en ce qui concerne la syphilis chez les parents, lesquels sont vivants et se sont prêtés de très bonne grâce à notre examen. Le père, âgé de 42 ans, ouvrier mécanicien, de force moyenne, pas même alcoolique, est seulement un peu nerveux et violent.

La mère, âgée de 36 ans, nerveuse, hystérique sans grandes manifestations, mais de caractère légèrement violent, a mis au monde trois enfants (deux filles et un garçon) et n'a jamais eu de fausses couches.

La sœur aînée de la malade (14 ans), bien constituée mais névropathe, a été soignée comme telle à l'hôpital de la Pitié.

Le frère, âgé de 5 ans, se porte admirablement bien, est plutôt grand pour son âge. En résumé, pas trace de syphilis acquise ou héréditaire dans la famille.

Cependant, si nous ne pouvons ici, faute d'arguments précis, affirmer l'origine spécifique de ces accidents, du moins nous ne saurions davantage nous prononcer dans un sens opposé, étant donné qu'une infection syphilitique peut avoir passé inaperçue chez les parents et cependant être responsable des dystrophies observées chez l'enfant. En présence de ces considérations, nous avons cru devoir présenter cette malade à la Société pour montrer combien, dans les cas de ce genre, le diagnostic étiologique est parfois hérissé de difficultés.

Sur un cas de lèpre anesthésique avec défortamion singulière des mains et la persistance des éminences thénar et hypothénar, contrairement à la loi de Hansen.

Par H. Hallopeau.

M. Hansen, dans une lettre adressée à M. Ehlers, correspondant de la *Semaine médicale* et publiée le 27 septembre 1893, a émis l'opinion que les éminences thénar et hypothénar sont constamment atrophiées dans la lèpre anesthésique; c'est pour lui une loi pathologique, car il se fonde sur l'absence de cette atrophie pour se refuser à considérer comme appartenant à des lépreux des mains figurées comme telles par M. Zambaco.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter montre que cette proposition est trop absolue : originaire de Calcutta, atteint depuis vingt-sept ans d'une lèpre mixte, il est entré, en 1887, au pavillon Gabrielle où il a été observé jusqu'à la fin de 1890 par E. Vidal et depuis lors par nous-même. Ce diagnostic est incontestable, les manifestations de la maladie sont multiples et caractéristiques; nous mentionnerons particulièrement l'altération profonde des traits, une double kératite avec iritis, un affaissement du nez, des cicatrices déprimées et irrégulières disséminées sur tout le visage, la destruction partielle du bourrelet de l'oreille droite et l'amincissement des parties persistantes, des macules brunâtres et des cicatrices déprimées sur les quatre extrémités; la sensibilité au contact et à la douleur est très diminuée ou abolie au niveau des oreilles, du lobule du nez, du milieu des joues, des coudes, des mains et des pieds.

C'est aux mains que les lésions ont atteint leur maximum d'intensité. Après avoir été autrefois le siège d'une énorme tuméfaction, comme en témoignent les moulages qui en ont été faits en 1887 par M. Baretta, elles se sont atrophiées et profondément déformées. Actuellement, l'on observe, sur le dos de la main droite, des cicatrices couleur lie de vin, les téguments y sont indurés, il est impossible de les plisser. Les *premières phalanges des quatre derniers doigts sont renversées dans l'extension fixée sur le dos de la main de manière à faire sur lui un angle obtus; leurs secondes phalanges sont fléchies sur les premières, les troisièmes étendues sur les secondes; les trois derniers doigts sont en outre très fortement déviés vers le bord cubital.* La peau y est violacée, amincie et adhérente aux parties sous-jaccentes, le pouce est, par contre, fort peu altéré; il ne présente qu'une cicatrice au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; *l'éminence thénar forme son relief normal* et les mouvements d'abduction et d'adduction du pouce se font régulièrement. *L'éminence hypothénar est également exempte d'atrophie.*

L'état de la main droite est fort analogue ; les quatre derniers doigts y sont également dans l'extension forcée sur le dos de la main et les secondes phalanges dans la flexion sur les premières ; les troisièmes y sont fléchies sur les secondes et considérablement réduites de volume par atrophie de leur squelette et sclérose de leurs téguments. *Les quatre derniers doigts sont plus fortement encore qu'à la main gauche déviés vers le bord cubital ; cette déviation est telle que le bord interne de l'auriculaire forme avec celui de la région métatarsienne une anse à concavité supérieure* ; or, malgré ces profondes altérations, l'éminence hypothénar paraît intacte et l'éminence thénar est en grande partie conservée. *C'est donc à tort que Hansen a considéré l'atrophie des éminences thénar et hypothénar comme constante dans la lèpre des mains et qu'il a contesté de ce chef le diagnostic formulé par Zambaco.*

M. Fournier. — Ce malade n'est-il pas syphilitique en même temps que lépreux ? Il a une déformation du nez tout à fait syphilitique d'aspect, et des cicatrices cutanées qui pourraient être aussi de même nature.

M. Besnier pense que les lésions lépreuses peuvent rétrocéder, disparaître et laisser des cicatrices semblables. Il a vu directement, chez une malade qu'il a observée pendant dix-sept ans, se faire des répressions de ce genre.

Érythrodermie généralisée du mycosis fongoïde. Type scarlatiniforme.

Par Louis Wickham.

Le malade que je vous présente offrait à son entrée la reproduction assez exacte de celui que mon cher maître M. Hallopeau a montré en 1889 au Congrès de dermatologie (1), sous la dénomination de « Lymphodermie généralisée scarlatiniforme ». L'étude clinique d'une part, d'autre part les examens histologiques faits, en 1888, par M. Darier, et en 1889, par moi-même, avaient permis de conclure, après une longue période de tâtonnements, à la nature myco-fongoïde de l'affection. Depuis, MM. E. Besnier et Hallopeau ont repris l'étude de ces éruptions généralisées et ont mis au point les diverses variétés qu'elles peuvent revêtir. Celles-ci sont nombreuses, complexes, fréquemment combinées, mais deux variétés peuvent se présenter à l'état pur en quelque sorte, la variété eczématiforme et la variété scarlatiniforme. Le malade actuel est un exemple de ce dernier type. Au point de vue du diagnostic, le type scarlatiniforme est tout à fait

(1) Voyez Comptes rendus du Congrès.

particulier en ce sens que, tandis que les variétés eczématiformes prêtent aisément à l'erreur et à la confusion, le type scarlatiniforme ne peut guère être l'objet de méprise. Ses caractères sont absolument typiques, il suffit d'avoir eu l'occasion de bien observer un de ces cas pour ne plus jamais se laisser prendre en défaut. Pour ma part, ayant toujours sous les yeux le malade si connu de M. Hallopeau, « l'homme rouge », comme on le nommait à l'hôpital, celui au sujet duquel les dermatologistes Saint-Louisiens et un certain nombre de maîtres étrangers de passage à Paris ont longuement discuté, lorsque le malade actuel s'est présenté à la consultation, le véritable caractère des lésions m'est venu aussitôt à l'esprit. Nous retrouvions, en effet, chez ce malade, les signes distinctifs qui font de l'érythrodermie scarlatiniforme une variété bien définie. Voici les principales lésions que présentait le malade à son entrée dans le service de M. le professeur Fonrnier (25 déc. 1893, D..., 57 ans, couvreur).

A. *Coloration rouge de la peau.* — La peau est rouge dans toute son étendue, sauf dans un espace de la dimension d'une pièce de cinq francs au-dessus de chaque rotule. La rougeur varie selon les régions : ainsi elle est très foncée, tirant sur le violet, sur toute la surface dorsale et lombaire, elle est nettement scarlatiniforme à la face, aux autres points du thorax et aux membres. Beaucoup plus pâle aux jambes, son intensité varie aussi suivant les moments ; après une assez longue station debout, les jambes, elles aussi, peuvent être très colorées et violacées. La pression des doigts marque la peau de traînées blanches.

B. *État lisse et uni de la peau.* — D'une manière générale, les plis de la peau et les orifices sont légèrement accentués. On ne constate, en fait d'éléments surélevés, que des petites papules gris jaunâtre à surface plane, qui semblent être des verrues planes ; celles-ci sont groupées au cou et se disséminent dans la partie supérieure du thorax.

C. *Sécheresse de la peau en général,* sauf au niveau des plis, où il y a une sudation assez abondante.

D. *Desquamation à peu près nulle.* — On ne constate de desquamation qu'aux mains et aux pieds. Les squames sont petites, adhérentes et forment une couche assez épaisse sur la face dorsale des articulations digitales.

E. *Épaississement de la peau.* Au toucher, la peau offre une consistance tout à fait spéciale, elle est partout infiltrée et épaissie, surtout aux parties latérales du thorax. Elle est en même temps plissée et semble devenue trop large pour les parties sous-jacentes, elle forme sur les côtés du thorax cinq ou six plis que l'on peut prendre à pleines mains.

F. *État des ongles et des poils.* — Les ongles sont lisses ; pas de

striation, leur coloration est toute particulière, ils sont uniformément violacés. Le système pilaire paraît normal, légère alopécie du cuir chevelu.

G. *Prurit.* — Les signes subjectifs consistent : 1° en un prurit constant avec paroxysmes que le malade apaise en se frottant avec la pulpe des doigts ; 2° en des sensations douloureuses parfois très violentes au moindre traumatisme de la peau. Le contact de toile rude, le grattage, la pression des doigts, un simple choc sur la peau déterminent en certaines régions, surtout aux mains, des douleurs très vives, il en résulte que le malade se sert péniblement de ses mains; 3° en picotements, principalement au niveau des paupières.

Ces divers signes s'accentuent, le matin, au sortir du lit et le soir; ils déterminent fréquemment de l'insomnie.

H. *État des ganglions.* — Les régions inguinales sont bosselées, la palpation dénote en ces points une accumulation de ganglions extrêmement hypertrophiés et indolents. Cette hypertrophie ganglionnaire se retrouve très marquée dans les aisselles. Ganglions de la région cervicale sus-claviculaire.

L'état érythrodermique scarlatiniforme se présente ici dans toute sa pureté, au point que, sans la connaissance des faits antérieurs, il serait difficile de rattacher cette affection au mycosis fongoïde ; ce n'est guère qu'un esprit prévenu qui aurait pu découvrir et attacher de l'importance aux deux signes suivants :

1° Quatre petites papules de consistance plutôt dure, de la grosseur d'un pois, à bords mal limités. L'une d'entre elles siège au scrotum, les autres sur le bras droit, une de celles-ci étant légèrement excoriée à son sommet ;

2° Une dizaine de toutes petites surfaces arrondies, décolorées, paraissant autant de petites dépressions et correspondant, comme nous avons pu nous en rendre compte ultérieurement, à des points de régression. D'ailleurs ces deux variétés d'éléments dans la suite ont disparu pour se produire en d'autres points.

L'état général n'est point mauvais, il y a une légère élévation de température de la peau, mais il est difficile, vu l'épaississement de la peau, de se rendre compte de l'état du foie et de la rate. Le cœur est sain.

Évolution antérieure à l'entrée du malade. — Les lésion sont débuté, il y a dix-huit mois, par des plaques rouges prurigineuses, d'abord éphémères puis un peu plus stables, reparaissant chaque fois plus étendues et plus nombreuses; elles ont débuté à la ceinture, au mollet et à la face interne des cuisses et semblent avoir toujours présenté les mêmes caractères que maintenant. Il n'y a jamais eu d'autre éruption, pas de vésicule, pas de suintement, pas de furoncle, rien d'autre en somme que les taches roses. C'est seulement depuis

deux mois que l'éruption s'est généralisée et a pris tous ses caractères.

Évolution depuis l'entrée du malade. — Apparition d'un œdème des membres inférieurs, qui, depuis plusieurs mois, n'a fait qu'augmenter et auquel s'est peu à peu ajouté de l'œdème du scrotum et des parois abdominales. Assez brusquement, au commencement de février 1854, le malade a été pris d'étouffements et le cœur a présenté des signes bizarres très variables et difficiles à interpréter.

Il ne semble pas qu'il y ait de lésion d'orifice, il existe un dédoublement de chaque temps qui varie de netteté. Le pouls est plein, vibrant, parfois extrêmement lent, marquant 42 pulsations, et parfois, selon l'excitation produite, se doublant et atteignant 82 à 86 pulsations, sans jamais être précipité. Peut-être existe-t-il quelque compression du pneumo-gastrique, par engorgement ganglionnaire, qui détermine ces phénomènes cardiaques ; d'autant plus que cette hypothèse permettrait d'expliquer les sensations d'étouffement éprouvées par le malade.

Du côté de la peau, quelques modifications sont survenues ; dans l'interstice des plis de la peau, aux aines, aux flancs, il s'est produit par macération des surfaces suintantes. Le grattage a déterminé en quelques points de petites excoriations eczématiformes. Il est survenu quelques petites papules qui n'ont eu qu'une existence passagère, une furfuration fine et assez abondante s'est produite au niveau des cuisses, la desquamation aux mains et aux pieds s'est augmentée.

L'état général s'est considérablement aggravé depuis l'apparition des phénomènes cardiaques et de l'œdème.

Examen des urines fait par M. Cathelineau.

Volume dans les vingt-quatre heures.	620 c. c.	
Densité	1.020	
Réaction	Légèrement acide.	
Dépôt	Floconneux abondant.	
Azote total	10,20	
Azote de l'urée	7,49	
Urée	16,12	(pour 620 c. c.).
Acide urique	1,16	
Coefficient d'oxydation, 73,3 p. 100.		
Chlorures	3,10	
Acide phosphorique	1,056	
Mucine	0,	
Albumine	0,64	(pour 620 c. c.).
Sucre	0	
Indican	0	
Urobiline	Réaction très nette.	

Pigments biliaires................ 0
Peptones........................ 0

Examen du sang, 29 décembre (Darier).

1 globule blanc pour 654 rouges.

M. Darier (1) a fait un examen histologique et a trouvé des lésions identiques à celles que présentait le malade de M. Hallopeau en 1888, lors du premier examen histologique. A cette époque, l'étude des coupes ne lui avait pas permis de se prononcer sur la nature des lésions, c'est seulement une année après qu'un nouvel examen, que je fis moi-même, montra des lésions beaucoup plus démonstratives.

M. Hallopeau. — Le malade de ce genre que j'ai observé présentait quelques différences dans ses symptômes ; il n'avait pas surtout la tuméfaction œdémateuse que l'on constate ici d'une façon très nette, surtout sur les membres inférieurs.

Vitiligo ou Pinta (2).

Par M. E. Legrain.

Les photographies présentées à la Société représentent des Arabes du Sahara, qui semblent atteints de vitiligo. C'est du moins le diagnostic qui s'impose au premier abord.

Le vitiligo est considéré comme se rencontrant plus communément dans les pays chauds que dans les régions tempérées. Un certain nombre de médecins militaires, Lévi entre autres, ont insisté sur la fréquence du vitiligo chez les indigènes de l'Algérie.

J'ai recueilli en 1892 et en 1893, dans le Sahara constantinois, un certain nombre d'observations que j'avais d'abord classées sous la rubrique *Vitiligo*, tout en remarquant d'ailleurs l'évolution anormale de la maladie. Des recherches ultérieures m'ont montré qu'il existait un certain rapport entre ces cas et une affection observée dans l'Amérique centrale et décrite sous le nom de *Pinta* ou *Carathès*. C'est ce qui m'a décidé à en faire part à la Société.

Sans entrer ici dans les détails d'observations particulières, je résumerai brièvement la symptomatologie et la marche de l'affection.

D'une façon générale, dans les cas où j'ai pu faire un interrogatoire complet chez des gens intelligents, j'ai trouvé que l'apparition des

(1) Voir comptes rendus du Congrès de Dermatologie, 1889.

(2) Voir, à propos de la maladie, appelée Pinta in *Pathologie et Traitement des maladies de la peau* de Kaposi, traduction française, 2e édition, t. II, p. 155 et 156, une note de MM. E. Besnier et Doyon.

taches avait été précédée de *symptômes fébriles*. Et j'insiste précisément sur ce point, sur lequel certains malades ont eux-mêmes attiré mon attention, car la région sablonneuse du Sahara que j'ai habitée est totalement exempte de fièvres palustres, ne possédant ni eaux courantes, ni eaux stagnantes. A cette période de fièvre, qui peut durer une semaine, succède une deuxième période de plusieurs semaines, caractérisée par un malaise indéfinissable et un abattement tel que les malades devenaient absolument incapables du moindre effort. Ce qui frappait le plus certains malades, c'était l'absence totale d'érections au début de l'affection : d'où, selon eux, une étiologie spéciale, où les imprécations d'une certaine sorcière jouaient le principal rôle.

Puis surviennent, aux endroits du corps où se produiront plus tard les taches achromiques, des *démangeaisons* suivies d'une *desquamation furfuracée* laissant après elle la peau incolore.

Très souvent, l'affection qui débute surtout par les avant-bras ou la face, est symétrique. Cependant, les taches sont, tout à fait au début, unilatérales ; puis, lorsque l'affection a atteint un certain degré de développement, les taches sont toujours plus étendues du côté où elles ont débuté que du côté qui a été pris en dernier lieu.

Autour de l'achromie, il n'existe pas de zone hyperchromique bien appréciable ; toutefois, à cause du teint bronzé des malades, il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur ce sujet.

Ces divers caractères : prodromes fébriles, démangeaisons, desquamation furfuracée, absents dans le vitiligo tel qu'on l'observe dans les pays tempérés, ont été décrits comme appartenant en propre à la pinta.

Comme dans le vitiligo et dans la pinta, il n'existe pas, dans les cas que j'ai observés, de troubles notables de la sensibilité. La marche de l'affection est essentiellement chronique. Le pronostic est très bénin.

D'autre part, on a décrit, en Amérique, outre une variété blanche de la pinta, trois autres variétés : rouge, bleue, noire.

Or, j'ai rencontré, dans une tribu nomade, la tribu des Chambas, dont les terrains de parcours sont à l'ouest de la Tripolitaine, deux cas d'une affection cutanée qui m'avaient tout d'abord beaucoup intrigué, et qui correspondent à la variété rouge de la pinta. L'un de ces malades qui était le secrétaire du chef de la tribu, était venu plusieurs fois me trouver, se plaignant de démangeaisons au niveau de taches rougeâtres, circulaires, variant de la grandeur d'une pièce de vingt centimes à celle d'une pièce de cinq francs, disséminées symétriquement sur les joues, les épaules, les bras et le thorax. J'avais même été frappé de l'odeur nauséeuse dégagée par ces indigènes, odeur signalée dans cette forme de la pinta.

Je n'ai jamais rencontré de cas pouvant être rapprochés des variétés bleue et noire de la pinta américaine.

Dans les divers cas que j'ai observés, j'ai pu éliminer facilement le diagnostic de morphée, de chloasma, etc... Je ne pense pas non plus à la lèpre anesthésique ; les malades ne m'ont jamais présenté ni anesthésie ni troubles trophiques d'aucune sorte. Cependant, je dois dire que je n'ai pu pratiquer chez eux aucune autopsie, aucune biopsie.

Il ne reste guère en présence que deux hypothèses : Est-ce du vitiligo revêtant dans les pays chauds une allure spéciale ? Est-ce de la pinta telle qu'on la décrit dans l'Amérique centrale ? Je ne me crois pas autorisé à résoudre la question qui appelle de nouvelles recherches.

Hystérie et vitiligo survenus à la suite d'une opération de Battey.

Par M. BARBE.

D..., âgée de 39 ans, ayant eu cinq enfants, puis deux fausses couches, a été opérée le 4 avril 1891, à l'hôpital Bichat, par le Dr Terrier, pour une salpingite kystique double avec kystes des ovaires ; les trompes et les ovaires furent extirpés. Au bout de vingt-cinq jours la malade sorti tout à fait guérie ; naturellement, depuis cette époque les règles n'ont pas reparu.

Peu de temps après l'opération, D... commença à ressentir des troubles nerveux qu'elle n'avait jamais éprouvés auparavant. Aux époques où elle aurait dû avoir ses règles, elle avait des malaises, des bouffées de chaleur à la face, de la perte de la mémoire, la sensation d'une boule lui remontant à la gorge, et amenant de la difficulté pour respirer. Cette sensation était accompagnée de vomissements muqueux. Dans ces derniers temps, les matières vomies avaient été une fois mélangées de sang.

Depuis cette opération, la malade ne cessait de ressentir ces différents malaises. Quelque temps après son état s'aggravait. La malade se plaignait d'une violente douleur névralgique, siégeant en avant dans le sixième espace intercostal gauche, douleur très violente, presque continuelle, s'exaspérant par la marche et la fatigue. Elle présentait aussi des palpitations du cœur, fréquentes, sans que l'auscultation en révélât rien d'anormal. Perte de l'appétit, amaigrissement considérable.

Au mois de juillet 1893, je revis la malade, qui me dit que depuis quatre semaines des taches blanches lui étaient survenues à la face dorsale des mains, que la peau était comme morte au niveau de ces taches.

En effet, la main droite présentait sur sa face dorsale, au-dessus des deuxième, troisième et quatrième espaces interdigitaux, des surfaces décolorées de vitiligo, de la grandeur d'une pièce d'un franc, non entourées d'une zone d'hyperchromie. Sur les côtés de la base de l'index, du médius et sur le côté externe de l'annulaire, petites surfaces également décolorées ; enfin sur le bord cubital de l'auriculaire, petite tache de vitiligo. Celui-ci

était plus marqué sur la face dorsale du pouce et sur le bord externe du poignet qui présentaient deux taches situées longitudinalement.

Sur la face dorsale de la main gauche deux taches, dont l'une située sur une ligne correspondant au premier espace interdigital et l'autre plus en dedans, vers le bord cubital de la main ; enfin, sur la face dorsale du pouce et sur le bord externe du poignet, deux taches allongées, placées l'une au-dessus de l'autre comme à la main droite. Sur les deux mains, les taches du poignet se prolongeaient du bord externe sur la face antérieur ; là elles étaient entourées d'une zone très nette d'hyperchromie.

Fait curieux, ces taches des mains étaient insensibles au toucher, à la douleur, à l'impression du chaud ou du froid.

Enfin la malade présentait sur la lèvre inférieure à gauche une tache décolorée, également insensible à la piqûre, et dans l'aine gauche une place décolorée entourée d'une large zone d'hyperchromie.

Les troubles de la sensibilité dans le vitiligo ont déjà été signalés par MM. Hallopeau et Thibierge. Ici, comme la malade est en même temps hystérique, on pouvait se demander si ces troubles ne dépendaient pas plutôt de l'hystérie ; mais il n'y avait d'anesthésie que sur les taches de vitiligo ; autour de celles-ci la peau était déjà sensible.

Un traitement hydrothérapique, prescrit par moi en juillet, ne fut pas suivi.

Après avoir perdu de vue la malade, je la retrouvai au commencement de 1894. On m'apprit alors que le D[r] Iscovesco lui avait fait des piqûres de sérum artificiel qui avaient très amélioré ses troubles nerveux ; de plus, ses taches de vitiligo avaient totalement disparu. La coloration de la peau était devenue partout normale.

D'après une note remise par le D[r] Iscovesco, des injections de sérum artificiel (sulfate de soude, 8 gr., phosphate de soude, 4 gr., chlorure de sodium, 2 gr., acide phénique, 1 gr., eau distillée, 100 gr.) lui auraient été faites à partir du 15 septembre, deux fois par semaine, 3 à 5 seringues chaque fois. On fit 25 injections en tout ; la dernière fut faite le 21 décembre. Dès la dixième injection, l'appétit était revenu, la douleur épigastrique avait diminué progressivement jusqu'à disparaître complètement, la malade avait recommencé à engraisser.

En effet, la malade était transformée comparativement à ce qu'elle était au mois de juillet ; il ne lui restait plus que quelques légers troubles nerveux.

Les injections de sérum paraissent donc avoir donné dans ce cas d'excellents résultats, du moins quant à l'hystérie ; peut-être ont-elles guéri indirectement le vitiligo, en améliorant l'état nerveux.

En février, je revis encore une fois la malade. Elle se portait toujours bien, sauf quelques légers malaises ; mais le vitiligo était en partie revenu, sans toutefois atteindre les mêmes proportions que la pre-

mière fois. On apercevait de nouveau quelques places décolorées sur la face dorsale des mains ; mais il n'y avait pas les longues plaques décolorées qu'on observait sur les pouces, il n'y avait pas de vitiligo sur les poignets ; mais il y en avait dans les deux aines d'une façon manifeste.

Il semble donc ici qu'on soit en présence d'un de ces faits de vitiligo intermittent, qui ont été signalés par les auteurs, Besnier entre autres.

Je terminerai en faisant remarquer que, dans bien des cas, le vitiligo a été observé après différents traumatismes, que, d'autre part, on a vu l'hystérie se développer chez la femme à la suite de la castration, mais je ne sache pas qu'on ait encore rencontré l'hystérie et le vitiligo réunis ensemble sur un sujet ayant subi cette opération.

Enfin le fait de voir le vitiligo apparaître au cours de l'hystérie, comme on l'a observé dans la maladie de Basedow, est un argument de plus en faveur de l'origine nerveuse du vitiligo.

M. Albert Mathieu. — On peut voir survenir des accidents névropathiques de divers ordres chez des malades ayant subi l'ablation des ovaires ; pour ma part, j'ai vu, dans ces conditions, se produire la maladie de Basedow. Or, on a plusieurs fois signalé la coïncidence du vitiligo et du goitre exophtalmique. L'observation de M. Barbe peut donc être rattachée, au point de vue de la pathologie générale, à une série d'autres observations ; elle fait partie d'un groupe particulier.

M. G. Baudouin. — Dans quatre familles de dégénérés héréditaires, j'ai vu des cas de vitiligo. Ces faits peuvent servir, une fois de plus, à démontrer les relations du vitiligo et de la névropathie.

Note pour servir à l'histoire du traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble.

Par Alex. Renault, médecin de l'hôpital Broca.

Une méthode thérapeutique ne peut être appréciée avec certitude que si elle a été soumise à une longue expérimentation et maniée par des médecins, sévères dans leurs contrôles. Il ne suffit pas, en effet, de connaître les résultats immédiats d'une médication ; il faut encore pouvoir suivre les malades et être en mesure d'analyser les phénomènes secondaires ou tardifs du médicament employé. Cette remarque préliminaire s'applique entièrement au traitement de la syphilis par les injections de mercure insoluble. Voici une méthode, très en faveur dans les pays voisins et qui compte également en France de zélés partisans. Elle a été prônée par des syphiligraphes éminents. Ai-je besoin de rappeler les noms de Scarenzio, Smirnoff, Balzer, Watraszewski, Lang, etc.

Je sais bien que dès le début M. du Castel et notre honoré président, M. Besnier (séances de la Société médicale des hôpitaux des 11 et 25 mars 1887) avaient refroidi l'enthousiasme des novateurs, en citant quelques accidents graves, imputables soit à l'intoxication mercurielle, soit à la syphilis, aggravée en apparence par cette médication.

Mais ces accidents ont été mis en pleine lumière au Congrès dermatologique international de 1889. Dans son remarquable livre sur le traitement de la syphilis, M. le professeur Fournier les expose longuement. Personne ne peut donc ignorer aujourd'hui que les injections de mercure insoluble peuvent déterminer soit des accidents locaux, soit des accidents généraux graves : stomatites parfois intenses, douleurs vives, nodi phlegmasiques, ou encore symptômes d'intoxication mercurielle aiguë, se traduisant par des troubles gastro-intestinaux dysentériformes, des accidents du côté des voies urinaires, tels que : albuminurie et anurie, enfin des phénomènes de la plus haute gravité, comme adynamie, abaissement exagéré de la température, collapsus. La mort même peut en être la conséquence. Aux observations de terminaison fatale, citées par Kaposi, Lukasiewicks, Lewin, Krauss, Smirnoff, Runeberg, Hallopeau, du Castel, M. le professeur Fournier en ajoute deux autres, qui n'ont pas été publiées. Bref, en réunissant tous les cas connus, la méthode de traitement par les injections de mercure insoluble serait responsable, à l'heure actuelle, d'une douzaine de décès.

Séduits néanmoins par la promptitude et l'efficacité de ce moyen dans quelques cas de syphilis grave, notamment de syphilis cérébrale, un bon nombre de médecins, surtout à l'étranger, continuent à l'employer comme méthode ordinaire de traitement. Pour justifier leur conduite, ils arguent des fautes de technique, commises par les expérimentateurs malheureux, du défaut de propreté des instruments, des doses exagérées du remède.

Assurément, ces reproches ont une incontestable valeur. Il est certain qu'une technique parfaite, que des soins minutieux de propreté conjurent bien des dangers. Suffisent-ils à donner complète sécurité? L'affirmer serait malheureusement contraire à la vérité. Mais ce que l'on connaît surtout, ce sont les accidents immédiats ou ceux qui éclatent à brève échéance; les accidents éloignés ne semblent pas avoir été observés. Cependant, leur intérêt pratique est au moins égal à celui des autres. Il importe donc de les colliger avec soin et de les mettre au grand jour, afin que les partisans des injections massives connaissent tous les dangers de la méthode et se rendent bien compte de la responsabilité qu'ils encourent vis-à-vis de leurs malades. Telles sont les raisons qui nous ont déterminé à vous communiquer l'observation suivante, recueillie dans notre service de l'hôpital Broca.

A. M.., âgée de 34 ans, cuisinière, entre le 21 juillet 1893, à l'hôpital Broca et est installée au nº 16 de la salle Fracastor.

Réglée à 18 ans régulièrement, elle s'est mariée à 20 ans et a eu quatre enfants, dont deux sont morts.

Rien à noter dans ses antécédents au point de vue pathologique.

C'est la seconde fois qu'elle est admise à Broca. Elle y a fait un premier séjour du 20 mai au 17 juin de la même année. Elle y occupait alors le lit nº 8 de la salle Goupil, dans le service de mon excellent collègue, M. de Beurmann.

D'après les renseignements qui nous ont été obligeamment communiqués par son interne, elle était à cette époque en pleine période secondaire de la syphilis ; plaques muqueuses de la vulve ; syphilides papulo-squameuses psoriasiformes, principalement localisées aux épaules, à la poitrine et aux plis des coudes ; syphilides amygdaliennes, alopécie notable.

La malade a été soumise au traitement par les injections d'huile grise. Trois piqûres ont été faites dans la région fessière. Malheureusement la date exacte de chacune de ces piqûres n'a pu m'être indiquée exactement. L'usage étant de mettre une dizaine de jours d'intervalle entre chaque injection, il est quasi certain que la dernière a été faite du 10 au 15 juin.

Ce qu'il y a de positif, c'est que la malade sortit, le 17 juin, complètement débarrassée de tous les accidents qui avaient motivé son entrée. Le traitement, exécuté avec toutes les précautions antiseptiques désirables, n'avait déterminé aucun accident local, lorsque, le 21 juillet, c'est-à-dire plus d'un mois après sa sortie, cette femme se présente à notre consultation avec une stomatite épouvantable.

La face est bouffie et violâtre, la bouche entr'ouverte, les lèvres sont tuméfiées et une salive abondante et infecte s'écoule sans cesse de la cavité buccale. Examine-t-on les régions malades, ce qui ne peut se faire qu'avec grande difficulté, on aperçoit de vastes détritus blanc jaunâtre, qui recouvrent les gencives, la langue, la muqueuse des joues. Les gencives sont absolument ramollies, les dents déchaussées. Bref, j'imagine que les stomatites, souhaitées par les syphiligraphes d'autrefois à titre de preuve d'efficacité médicamenteuse, ne devaient guère être plus graves. Je n'insisterai pas davantage, Messieurs, ne voulant pas abuser de vos instants, pour vous décrire des signes physiques que vous connaissez mieux que moi.

Permettez-moi, en revanche, de m'arrêter un peu sur les troubles fonctionnels et l'état général.

Impossibilité de manger d'abord ; à peine la malade peut-elle avaler, dans les vingt-quatre heures, quelques gorgées de lait, qu'elle n'ingère qu'avec la plus grande peine et après des contorsions de toutes sortes. De vous-mêmes, vous avez déjà déduit les conséquences d'un état aussi déplorable : amaigrissement très rapide, facies terreux, anéantissement des forces. L'écoulement de la salive est si abondant, la tuméfaction de la langue telle, que la parole est presque inintelligible.

La situation est encore aggravée par la difficulté que cette malheureuse éprouve à respirer, ce qui s'explique aisément par le gonflement de la muqueuse buccale. Mais ce qui est peut-être pis, c'est que le moral semble

plus profondément atteint que le physique. Rien ne peut calmer la malade, rien ne peut la rassurer; elle s'attend à chaque instant à succomber, tant elle éprouve de malaise et d'angoisse : de là, agitation perpétuelle, lamentations constantes ; pendant la nuit, rares instants de sommeil, interrompu par des cauchemars terrifiants, réveils en sursaut. A ce degré de gravité, les accidents durèrent huit à dix jours au moins. Ce n'est qu'au bout de ce temps, que le traitement commença à produire ses effets bienfaisants. Nous sommes si peu habitués, heureusement, aujourd'hui à observer pareils accidents que, pour mon propre compte, je n'imaginais pas une stomatite mercurielle capable de retentir aussi gravement sur l'état général et pareil spectacle n'est certes pas fait pour regretter les traitements usités jadis contre la vérole.

Je n'ai point, Messieurs, à vous indiquer la thérapeutique employée ; elle a été classique et banale : bains de bouche constants à la décoction de guimauve et pavot, chlorate de potasse intus et extra, régime lacté exclusif.

Bref, au bout de huit jours environ, toute inquiétude avait disparu. La bouche se détergeait progressivement, l'alimentation devenait plus aisée et la malade retrouvait surtout l'espérance et la vie.

La guérison s'est terminée sans incident, et la sortie de l'hôpital a eu lieu le 1er septembre.

Cette observation démontre une fois de plus, Messieurs, que le traitement de la syphilis par des injections de doses mercurielles massives est un moyen dangereux en principe. Mesurez, je vous prie, l'effet que produirait en clientèle un cas semblable au nôtre et les conséquences pratiques qu'il pourrait avoir. Voici une malade qui sort de vos mains, complètement débarrassée de ses manifestations spécifiques, se faisant peut-être même l'illusion d'une guérison définitive. Pendant quelques semaines, elle reste en parfaite santé ; puis brusquement, sans cause apparente, la voilà reprise d'accidents épouvantables, qui mettent presque sa vie en danger ; et cela, du fait de votre médication ; ce qu'elle ne manquera pas d'apprendre, si elle s'adresse à un autre médecin que vous.

Représentez-vous alors son mécontentement, son irritation même ; laissant de côté la question de votre intérêt personnel, du préjudice qui en résultera peut-être pour votre réputation, ne serez-vous pas désolés d'avoir été la cause de tant de souffrances et de tant d'angoisses ? Poser la question, c'est la résoudre et il n'est assurément aucun de vous, Messieurs, qui ne soit pénétré du même sentiment que moi.

J'ajouterai enfin que les faits, dont j'ai été témoin depuis mon entrée à l'hôpital Broca, ne me disposent pas davantage en faveur de cette méthode. J'ai vu plusieurs malades qui avaient été ainsi traitées, soit dans d'autres services, soit en ville, et qui n'en avaient pas moins les syphilides les plus graves et les plus persistantes, sans

compter les autres manifestations de l'infection et les nodi, résultant de l'introduction du mercure dans les tissus.

Je ne puis donc m'empêcher de conclure que ce procédé des injections massives est loin d'avoir l'efficacité qu'on lui a prêtée, mais en revanche il fait courir constamment aux malades des dangers qu'il n'est pas au pouvoir de l'opérateur le plus habile et le plus prudent de conjurer ; expose à des accidents, susceptibles d'éclater à longue échéance, comme notre observation le démontre et que, par conséquent, on ne doit l'employer que dans les cas, bien exceptionnels, où tous les autres moyens ont échoué, d'autant mieux qu'il n'est nullement démontré que ce traitement soit supérieur, dans les véroles graves, aux frictions combinées à des doses suffisantes d'iodure. Il n'a jamais été institué, à ma connaissance, d'expériences comparatives pour trancher la question. S'en tenir à la thérapeutique ancienne sera donc encore le parti le plus sûr et aussi le plus conforme à l'intérêt des malades.

M. Fournier. — N'était-il rien arrivé à cette malade pendant la période de temps qu'elle a passée hors de l'hôpital? N'avait-elle pas été soumise à quelque violence extérieure, à quelque traumatisme local? M. Augagneur a en effet cité des cas dans lesquels le traumatisme de la région dans laquelle avait été faite l'injection a amené tardivement des accidents toxiques.

M. Renault. — Il ne lui était rien arrivé de semblable.

M. Fournier. — On a cité aussi des cas dans lesquels l'usage d'une eau sulfureuse ou des pratiques hydrothérapiques auraient tardivement fait apparaître des manifestations hydrargyriques, de la salivation et de la stomatite.

M. Jullien. — L'huile grise aurait ici des parrains plus qualifiés que moi pour la défendre, cependant je ne pense pas devoir garder le silence après la lecture de notre collègue.

Je vois dans cette note deux faits dignes d'attention, l'un parfaitement précis, l'autre plus contestable. Le premier se réfère à celui des salivations tardives, sujet extrêmement intéressant dont j'avais l'intention de vous entretenir quelque jour. A la suite de n'importe quel traitement, il n'est pas très rare de voir des malades, à peine modifiés par le traitement spécifique, présenter ultérieurement, un mois, deux et six mois après, des phénomènes de salivation plus ou moins prononcés. M. Keller, M. Alricq, et tout récemment le Dr Guilland (d'Aix-les-Bains) m'ont entretenu de ce singulier phénomène ; l'action de l'hydrothérapie simple ou des eaux minérales sulfureuses est souvent la cause provocatrice de la gingivite tardive, et il est remarquable que dans plusieurs des cas que j'ai observés, c'est à la suite de cette complication que le traitement mercuriel a produit son effet curatif.

Je connais ces faits de longue date, je le répète, et on ne saurait les

imputer aux injections dites massives, particulièrement à l'huile grise. Nous ignorons, en effet, si cette préparation se conserve et s'accumule dans l'organisme. Ah! s'il s'agissait du calomel, nous n'aurions pas de doutes à cet égard, car dix-huit mois après une piqûre j'ai pu retrouver chez un lapin du mercure dans un vieux foyer! mais nous considérons cette donnée comme un argument non pas contraire, mais favorable à l'emploi de cette merveilleuse méthode.

Reste le second fait, celui surtout sur lequel notre collègue appelle l'attention, le danger des injections d'huile grise. Or ce fait me paraît manquer absolument de précision. Tous les détails importants font défaut. Qui a fait les injections? En quel nombre? Quelle solution fut employée (car il ne s'agit pas là de sels insolubles)? En quelle quantité? Sur tous ces points, nous devons nous contenter des racontars de la malade. Je voudrais savoir aussi si les urines ont été examinées ; on ne nous le dit pas, et chacun sait que c'est là une règle absolue avant de pratiquer ces injections. En l'absence de ces détails indispensables, on ne peut réellement pas nous demander de partager l'avis de l'auteur venant incriminer un médicament dont nous faisons un usage courant et qui a conquis une grande popularité à l'étranger. Le fait même fût-il incontestable, il serait rationnel de mettre en avant une disposition particulière de la malade.

En résumé, je crois qu'il faut retenir comme très intéressante la question des salivations tardives, et considérer comme insuffisamment établie l'accusation portée contre un excellent médicament qui a largement fait ses preuves.

M. Barthélemy. — Les injections intramusculaires de préparations mercurielles insolubles sont de très utiles moyens de traiter la syphilis ou plutôt les accidents syphilitiques ; car ce n'est toujours, pour moi, qu'un *traitement d'exception*. J'ai eu occasion d'en faire un emploi fréquent et je n'ai pas eu d'accident, soit avec le thymol acétate, soit avec le calomel, substances que j'emploie presque exclusivement mais seulement à la dose de cinq centigrammes par gramme d'huile végétale stérilisée. Je dois à ces procédés des guérisons d'accidents syphilitiques qui avaient résisté à tous les autres modes de traitements spécifiques.

M. Albert Mathieu. — Récemment, à la Maison municipale de Santé, où je suis en ce moment, j'ai vu arriver une femme syphilitique, qui présentait une stomatite mercurielle assez intense. Or, depuis environ six semaines, elle n'aurait fait aucun traitement, elle n'aurait pris aucun médicament. A cette époque, on lui aurait fait des injections mercurielles dans la région fessière où l'on trouvait encore des nodosités caractéristiques. Au moment où je l'ai vue, la salivation datait de dix ou douze jours. Les accidents hydrargyriques s'étaient donc montrés au moins un mois après la dernière injection. Je n'ai pas pu savoir quelle était la nature de la substance injectée.

M. Ernest Besnier. — Dans la question actuellement soulevée devant nous, il y a deux points : la salivation tardive et l'utilité des injections hypodermiques de sels mercuriels insolubles.

La salivation tardive n'est pas un fait absolument nouveau ; mais les observations qu'on vient de citer montrent qu'elle mérite d'être étudiée de plus près.

Sur le second point je me réfère aux conclusions sur la matière que j'ai formulées, il y a déjà longtemps, devant la Société médicale des hôpitaux, et je persiste à penser que les injections hypodermiques mercurielles n'ont pas à intervenir dans le traitement de la syphilis commune.

Lésion papillomateuse et ulcéreuse de l'avant-bras, de nature douteuse.

Par L. Brocq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade âgé de 59 ans, paraissant robuste et bien portant, qui est atteint depuis huit mois d'une lésion de l'avant-bras gauche au sujet de laquelle je serais heureux d'avoir l'avis de mes collègues.

Elle est constituée en ce moment par une plaque arrondie, légèrement ovalaire, à grand axe transversal, de 5 à 6 centim. de long, située vers la partie médiane et un peu interne de la face antérieure de l'avant-bras. Elle présente une zone externe d'un rouge un peu violacé, s'effaçant en partie par la pression, au niveau de laquelle les tissus sont un peu infiltrés et le sont d'autant plus profondément que l'on approche de la partie centrale, tandis que vers la périphérie cette infiltration diminue insensiblement ; en somme, il n'y a pas de transition brusque marquée par une saillie notable entre les tissus morbides et les tissus sains périphériques, quoique la limite de la lésion soit indiquée d'une manière assez précise par les modifications de la couleur des téguments. Au niveau de cette zone externe, la peau est lisse et unie, sans lésions superficielles apparentes.

Au centre de cette zone, se trouve une partie médiane beaucoup plus irrégulière, au niveau de laquelle les téguments sont mamelonnés, irréguliers, découpés de sillons profonds, comme déchiquetés et pseudo-papillomateux : on dirait que le derme a été creusé de nombreuses petites ulcérations dont les bords ont bourgeonné ; les tissus ont, à ce niveau, une consistance un peu molle, et ils sont assez profondément infiltrés. Il est possible, par la pression, de faire sourdre un peu de sérosité purulente des divers orifices que présente le centre, mais il n'y en a qu'une petite quantité : la physionomie d'ensemble de la lésion n'est pas du tout celle d'une gomme soit syphilitique, soit tuberculeuse ; elle a, au contraire, plutôt l'aspect de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf : elle n'est pas douloureuse ni spontanément, ni à la pression. Elle s'est développée très

rapidement en deux mois, et est devenue alors bourgeonnante papillomateuse, fort indurée et faisant une saillie très prononcée. Le malade a eu, paraît-il, plusieurs lésions ressemblant à des furoncles, il s'est gratté, et c'est une de ces lésions furonculeuses qui s'est ainsi transformée.

Comme autre dermatose, il présente, depuis trois ans, de l'eczéma lichénoïde de la main droite vers le pouce.

Les deux seuls diagnostics qui nous ont paru probables ont été : 1° variété de tuberculose cutanée se rapprochant, comme nous venons de le dire, de la tuberculose verruqueuse de Riehl et de Paltauf, mais le développement de la lésion a été bien rapide ; 2° ou bien inoculation d'un parasite quelconque ayant déterminé une lésion analogue d'aspect au bouton de Biskra. Ce dernier diagnostic est rendu impossible par les renseignements fournis par le malade, lequel n'a jamais quitté la France, et d'ailleurs l'aspect extérieur n'est pas tout à fait le même que celui du bouton de Biskra typique ; en particulier l'induration des tissus paraît moins accentuée. Depuis quatre semaines, il est traité par les applications de Vigo, et depuis ce temps-là la lésion a diminué au moins de moitié.

Nous avons envoyé le malade à l'Institut Pasteur afin d'avoir un examen bactériologique qui pût nous permettre de préciser le diagnostic. Voici le résultat des premières recherches qui ont été fort obligeamment faites par M. Martin, que nous ne saurions trop remercier de sa complaisance.

Dans le pus recueilli au centre même de la tumeur, il a trouvé surtout un staphylocoque, quelques streptocoques et des colonies d'un bacille indéterminé. Dans de la sérosité recueillie au niveau de la zone moyenne entre le centre déchiqueté et la zone rouge périphérique, il a trouvé le staphylocoque et le bacille. Dans le sang recueilli au niveau de la zone rouge périphérique, il n'a rien trouvé. M. Martin a pu isoler le staphylocoque et le bacille : il les étudie ; il complètera ses recherches par des inoculations aux animaux, et s'il arrive à un résultat de quelque intérêt il le fera connaître à la Société.

M. E. Besnier. — Cela rappelle par quelques côtés le bouton d'Orient.

M. du Castel. — Ne s'agirait-il pas d'une simple lymphangite ulcéreuse, de nature très banale ? J'ai vu, chez un eczémateux, sous l'influence d'une lymphangite, se produire des lésions très analogues à celles du malade de M. Brocq, et je tends à penser qu'une infection secondaire très banale peut arriver à produire des lésions semblables.

D. Brocq. — S'il s'agissait de quelque chose de commun et de banal, on verrait plus souvent des cas analogues. Or, personne ici ne semble en avoir vu : il faut donc admettre qu'il s'agit d'autre chose que d'une

lymphangite commune devenue ulcéreuse par hasard, d'autant plus qu'il n'y a jamais eu ni symptôme de lymphangite, ni symptôme d'adénite.

Ce à quoi ressemblait le plus la lésion au début, c'était à une tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf.

Éruption eczématiforme due à la résine élémi et simulant une hydrargyrie.

Par M. H. CATHELINEAU.

Le 7 avril 1894, entrait, dans le service de M. le professeur Fournier, un malade âgé de 56 ans.

Il présentait, au niveau du cou et aux parties génitales, une éruption localisée, avec les caractères suivants :

Au cou, s'étendait, en forme de Minerve, un érythème qui descendait en arrière jusqu'à la septième cervicale, en avant jusqu'à la poignée du sternum et latéralement jusqu'à l'articulation de l'épaule.

La peau, dans toutes les parties atteintes et surtout en arrière, était épaissie. Sur un fond rouge intense, s'élevaient de petites vésicules, en d'autres points, des vésico-pustules et des croûtelles s'accompagnant d'un suintement abondant.

Il existait également de petites squames furfuracées et le malade avait éprouvé dès l'apparition de l'éruption un prurit assez intense.

La même éruption existait au niveau de la verge, des bourses, à la partie interne des cuisses et du pli inguino-crural. Le gonflement des bourses et de la verge était tellement marqué que le malade avait de la difficulté pour uriner et une plaque de sphacèle de la dimension d'une pièce d'un franc s'était produite au niveau du repli balano-préputial.

Voici comment ces accidents étaient survenus. Il y a sept mois, le malade avait fait une chute en arrière et s'était subluxé les vertèbres cervicales. Depuis lors, il n'avait pu relever la tête qui restait fléchie, le menton appuyé sur le sternum. Pour faire diminuer le gonflement dû à la saillie des vertèbres et dans le but d'amener le redressement de la tête, il s'était appliqué, quelques jours avant son entrée dans le service, une pommade qui avait provoqué rapidement l'éruption qu'il présente au cou.

L'éruption des bourses avait suivi et le malade attribue la maladie des bourses à ce fait qu'après s'être gratté le cou, il lui arrivait de porter ses mains à la verge pour uriner et par suite de transporter la pommade sur les parties génitales.

Jamais le malade n'a été soumis à aucun traitement interne, ni mercuriel, ni autre. Il n'a jamais eu d'eczéma. Les urines sont nor-

males. Il est d'une bonne santé et ne présente actuellement que quelques troubles de sensibilité : fourmillements dans les extrémités, sensation de refroidissement des doigts et des orteils, qui, avec l'exagération des réflexes sont très probablement dus à l'irritation médullaire consécutive à sa lésion du cou.

Il est par conséquent logique d'attribuer à l'application de la pommade la dermite eczématiforme qu'il présente actuellement.

L'examen chimique de la pommade dont le malade s'était servi a montré qu'elle était exclusivement composée d'axonge et de résine élémi dans les proportions suivantes :

Axonge	100 gr.
Résine élémi	30 »

C'est la première fois, je crois, que l'on trouve la résine élémi signalée comme un agent irritant de la peau et pouvant produire une éruption eczématiforme simulant au plus haut point, et comme forme et comme intensité, une hydrargyrie. Or, dans la résine élémi, entre autres produits, on rencontre une essence dextrogyne assez abondante (10 p. 100) qui semble devoir être la cause de cette éruption.

Élections.

MM. Batut et Mendel sont nommés membres titulaires ; MM. Silva Araujo, de Rio de Janeiro, et Bayet, de Bruxelles, sont nommés membres correspondants.

Le secrétaire,

A. Mathieu.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

226e meeting.

PRÉSIDENCE DU Dr ELLIOT.

Lupus erythematosus.

Le Dr LUTSGARTEN présente une jeune femme atteinte de lupus érythémateux du visage et du cuir chevelu, qu'il a traitée il y a environ un an par des cautérisations au thermocautère et des scarifications. L'affection avait autrefois le type maculeux et folliculaire; maintenant au contraire, surtout vers les joues, les plaques présentent au centre un aspect sclérodermique, des indurations blanchâtres déprimées très épaisses, entourées d'une éruption ressemblant à l'érythème centrifuge.

Cas de lèpre (?).

Le Dr LUTSGARTEN présente un jeune homme de 27 ans, né en Prusse occidentale, et depuis huit ans en Amérique. Le 15 juin 1892, il alla à Valparaiso et il n'y était que depuis cinq semaines quand une éruption apparut sur son visage. A son retour à New-York, en janvier 1893, il présentait un groupe d'efflorescences petites, brunâtres, papuleuses, assez résistantes, ayant à leur sommet des dilatations vasculaires; elles étaient situées sur les parties latérales du nez, au-dessous de l'oreille droite et sur le côté droit de la poitrine. Il n'y avait pas d'anesthésie, et on n'a pas trouvé de bacille de la lèpre dans le liquide provenant d'incisions. Le malade guérit sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur et d'applications d'emplâtre mercuriel. Tout récemment, l'éruption a reparu sur le nez. Sans affirmer d'une manière positive qu'il s'agit d'un cas de lèpre, le Dr Lutsgarten croit qu'il y a de fortes probabilités pour que ce diagnostic soit exact.

Les Drs FOX, SHERWELL et MORROW pensent au contraire qu'il n'y a aucun motif plausible pour admettre ici l'existence de la lèpre.

Cas de lèpre.

Le Dr BRONSON présente un malade incontestablement atteint de lèpre, originaire de l'Allemagne, et qui a passé tout le reste de sa vie à Hoboken, N. J. Il vit dans sa famille et l'on n'a observé aucun cas analogue ni dans son entourage, ni dans le voisinage. Cette communication provoque une discussion sur le mode et le degré de transmissibilité de la lèpre.

Pityriasis rubra pilaris.

Le Dr BRONSON présente l'observation d'un jeune homme, âgé de 24 ans, qui a eu une première atteinte de son affection à 5 ans, pendant tout un

hiver, une deuxième à 13 ans, avec tuméfaction des mains et des pieds, et qui dura quatre mois.

La poussée actuelle, qui est la troisième, a commencé il y a un mois : elle a débuté par le nez et la bouche, puis la paume des mains et la plante des pieds se sont prises ; puis, une dizaine de jours après, la partie postérieure du cou. Tout récemment, l'éruption a envahi les fesses et les cuisses. En ce moment le visage, le front en particulier, mais aussi les joues, le nez et le menton sont d'un rouge sombre et squameux. A la périphérie des plaques, il y a une multitude de petites papules miliaires rouges avec des sommets cornés. Les plaques sont d'un rouge uniforme, squameuses, et la peau est un peu épaissie à leur niveau. A la partie postérieure du cou et sur les régions voisines des épaules, les papules cornées sont très abondantes et donnent au toucher une sensation de râpe. La paume des mains et la plante des pieds sont très rouges, squameuses et épaissies. La face dorsale des doigts entre les articulations présente de petites papules cornées autour des follicules pileux. Vers les coudes et en un ou deux points des hanches se voient de petites plaques couvertes de squames blanches et ressemblant au psoriasis. Vers le milieu du sternum il y a un petit groupe de papules aplaties non squameuses, dures et légèrement ombiliquées, ressemblant tout à fait au lichen planus.

Dans la discussion qui a suivi, le Dr Elliot a dit qu'il se sert dans cette maladie d'une pommade renfermant de 5 à 6 p. 100 de menthol incorporé à de l'onguent diachylon : cette préparation calme le prurit et fait disparaître rapidement l'éruption.

Cas de tuberculose de la peau.

Le Dr Klotz présente un jeune homme de 19 ans, qui porte à l'avant-bras droit une cicatrice blanche, lisse, ayant environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et parsemée de nodules rouges : de telle sorte qu'il est évident qu'il s'agit dans ce cas d'un lupus. Sur la face dorsale de la main gauche se voit une lésion de la grandeur d'une pièce de 5 francs, recouverte de croûtes, d'ulcérations, d'hypertrophies papillaires. A l'œil gauche, existe une autre lésion de la grandeur d'une pièce de 50 centimes : elle est constituée par une bordure surélevée, dure, ayant la forme d'un fer à cheval d'environ un tiers de pouce de long, entourant une petite ulcération profonde : sur un point à gauche, ce bord surélevé fait complètement défaut. La surface entière de cette lésion est d'un rouge sombre, brillante et lisse, sans irrégularités ni nodules. Cette ulcération suggère bien plus l'idée de la syphilis que celle de la tuberculose, mais les applications d'emplâtres mercuriels et le traitement antisyphilitique n'ont pour ainsi dire donné aucun résultat. Les gencives du côté gauche de la mâchoire supérieure sont ulcérées et montrent une surface rouge, irrégulière, granuleuse.

Cas de lèpre.

Le Dr Fox présente un malade qui a vécu à Mexico, et qui est atteint de cette affection. Il est fort amélioré. Le Dr Morrow croit que l'amélioration attribuée dans ce cas au traitement par le Dr Fox, pourrait bien être uniquement due au changement de climat et à la meilleure hygiène suivie.

D'autres observateurs vivant dans des pays où la lèpre est endémique ont vu souvent les médicaments ne produire aucun effet. Un malade qui lui a été envoyé par le Dr Keyes s'est amélioré en trois mois de la manière la plus étonnante sous l'influence de fortes doses d'huile de Chaulmoogra et d'applications de baume de Gurjum; par contre, il en a vu un autre, qui ne pouvait tolérer l'huile de Chaulmoogra, s'améliorer tout aussi rapidement sous l'influence de doses modérées de strychnine et de phosphure de zinc, associées à des courants électriques. Le Dr Piffard, par contre, ne croit pas que l'on puisse nier l'influence heureuse sur la lèpre de l'huile de Chaulmoogra aussi bien que celle du Hoang-nan ou de la noix vomique.

Rapport de la commission chargée d'examiner les échantillons de trichophytons envoyés par M. Sabouraud, de Paris.

La commission rappelle que M. Sabouraud a eu la bonté d'envoyer à la Société des cultures des diverses variétés de trichophytons qu'il a décrites dans ses travaux.

Elle a le plaisir de déclarer qu'elle ne peut que confirmer les résultats du dermatologiste français, et elle lui adresse toutes ses félicitations pour avoir réussi à éclairer d'un jour tout nouveau cette question si obscure et si compliquée. L. B.

227e regular meeting.

Cas de diagnostic difficile.

Le Dr Cutler présente une femme ayant une tuméfaction de l'orifice des narines. Elle est mariée, a des enfants et n'a aucun antécédent de syphilis. La tumeur nasale a débuté sous la forme d'un petit corps arrondi, situé vers l'entrée de l'orifice urinaire gauche, il y a environ huit mois, et de là elle s'est peu à peu étendue de manière à obstruer l'orifice narinaire du même côté : elle a une teinte d'un rouge sombre, et quoiqu'elle soit dure, elle a au centre un point plus ramolli qui donne la sensation d'un abcès. Il n'y a pas la moindre démangeaison. Une deuxième tumeur, plus ferme de consistance, se trouve vers l'œil gauche sans que l'aspect de la peau à son niveau ait subi le moindre changement.

Dans la discussion. très confuse, qui a suivi cette communication, les Drs Sherwell, Fox, Klotz, etc..., soutinrent l'opinion qu'il s'agissait de gommes syphilitiques à évolution lente; le Dr Bronson réclama l'examen histologique et pensa à la possibilité d'un sarcome; le Dr Allen souleva l'hypothèse d'un rhinosclérome.

Cas d'éruption bulleuse d'un diagnostic difficile.

Le Dr Fox présente un enfant âgé de 14 ans, peu développé pour son âge, d'aspect maladif, dormant mal, mais ayant un bon appétit. De 5 ans à 7 ans, il a eu une éruption semblable à l'éruption actuelle, et depuis lors il a toujours été bien portant, sauf depuis trois mois : à cette époque est survenue une nouvelle éruption de bulles qui augmentent peu à peu de volume et deviennent purulentes. Elles ont de la tendance à devenir confluentes. Le tronc est indemne, ainsi que les paumes des mains et les plantes des pieds : les membres sont atteints çà et là.

Cette communication a été suivie d'une discussion très confuse, dans laquelle on a porté tour à tour les diagnostics de pemphigus, d'éruption voisine de l'urticaire, de dermatite herpétiforme, d'impetigo contagiosa.

L. B.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 5 décembre 1893.

Président : M. G. LEWIN. — *Secrétaire :* M. O. ROSENTHAL.

Alopécie spécifique en aires.

M. LASSAR. — Haslund a dirigé l'attention il y a quelque temps, dans les *Annales de dermatologie*, sur une forme singulière d'alopécie en aires accompagnée d'une leucodermie spécifique. M. Lassar a fait la même observation à plusieurs reprises et a surtout eu dans le dernier temps deux cas, dans lesquels cette alopécie en aires était associée à la leucodermie (M. Lassar en montre les photographies). Le malade que M. Lassar présente montre exactement la même forme que M. Haslund a décrite, sans cependant avoir le moindre symptôme de syphilis. Cela prouve que les conclusions indirectes sont souvent insuffisantes.

Acné pustuleuse.

M. LASSAR présente un homme qui souffre depuis longtemps d'une éruption pustuleuse suivie d'un grand nombre de cicatrices. L'affection commença aux extrémités inférieures et se répandit peu à peu sur les extrémités supérieures. Maintenant on voit, outre de nombreuses cicatrices, beaucoup de nouvelles éruptions en forme de petites papules et de nodules. L'affection ressemble beaucoup à un exanthème spécifique et cette erreur a été aussi faite plusieurs fois. M. Lassar croit qu'il s'agit d'une acné pustuleuse.

Sclérose de l'urètre.

M. LILIENTHAL présente un malade qui souffrit il y a peu de temps d'une gonorrhée traitée et guérie par le baume de copahu. Peu après, il se montra une nouvelle sécrétion qui, examinée au microscope, ne contenait pas de gonocoques, et était accompagnée d'un gonflement du prépuce et des glandes inguinales. Depuis quinze jours, il existe un exanthème spécifique et des plaques sur les amygdales. Un examen minutieux fit reconnaître une sclérose de l'urètre.

M. G. LEWIN mentionne que, dans les scléroses de l'urètre, on ne trouve pas de grande dureté, mais ordinairement seulement une enflure d'un degré moyen.

Carcinomes multiples de la peau.

M. SAALFELD présente un malade de 43 ans, qui souffre depuis le mois de mai d'un ictère et d'un prurit très intense et qui fut traité longtemps à l'hôpital de Moabit. Lorsque M. Saalfeld le vit pour la première fois, il

constata, outre ces symptômes, une tumeur de la vésicule du fiel et beaucoup d'autres, de la grandeur d'un pois jusqu'à celle d'une noix, qui avaient leur siège dans la peau. Le lobule gauche du foie était très résistant. M. Hansemann, qui examina une de ces tumeurs extirpées, fit la diagnose du carcinome. Il faut supposer que la vésicule du fiel est le siège primitif de l'affection. Dans le dernier temps, le prurit avait beaucoup augmenté.

Contribution au traitement des ulcères de jambe.

M. O. Rosenthal n'a pas l'intention de parler d'une manière détaillée des traitements des ulcères de jambe, mais d'exposer plus spécialement une méthode adjuvante. La majorité de ces ulcères repose sur une base variqueuse, qui mène à un œdème chronique et à une induration calleuse des bords. Ce sont, en dehors des causes connues, ces conditions qui rendent le traitement de ces ulcères extrêmement difficile. Pour cette raison, on a essayé depuis longtemps d'éviter cette complication. M. Rosenthal mentionne le pansement de Thaden, les bandelettes à emplâtre de Vigo, les bandes de caoutchouc, etc. Le pansement de Unna à la gélatine de zinc, introduit en 1882 dans le même but, a surpassé toutes les autres méthodes. Celui-ci offre cependant, d'après M. Rosenthal, les inconvénients suivants : de retenir les sécrétions, quelquefois très abondantes, et d'amener une irritation des bords déjà eczémateux. Par conséquent, le bandage est facilement mouillé et doit être changé fréquemment, ce qui occasionne une grande perte de temps pour le médecin et une série de dépenses pour le malade. Pour cette raison, M. Rosenthal emploie dans sa clinique, depuis des années, des pansements fenêtrés à la gélatine de zinc. Bien que cette méthode soit mentionnée çà et là dans la littérature, elle est généralement si peu connue que M. Rosenthal voudrait en parler à cette occasion.

Avant tout, il faut dire que cette méthode ne peut s'employer que pour des ulcères de pas trop grande dimension. Les ulcérations circulaires ne peuvent être traitées de cette façon, parce que, si elles sont trop grandes, le but principal d'amener une compression égale de la jambe, dans toute son étendue, doit rester illusoire. L'ulcère ne doit pas dépasser la grandeur de la paume de la main. Aussi, lorsque les alentours sont trop eczémateux, M. Rosenthal a renoncé à employer la méthode tout de suite, tâchant de guérir, en premier lieu, l'eczéma par un traitement particulier : la poudre, les cataplasmes à l'acétate d'alumine, etc. Pour appliquer le pansement, M. Rosenthal couvre l'ulcère par quelque objet creux, il préfère pour cela des verres de montre de différentes dimensions, qu'il fait tenir par le malade lui-même ou par un aide. Ensuite, il enduit toute la jambe avec la gélatine de zinc et l'entoure par une bande de tarlatane ; il ne se sert pas, comme Unna l'a fait, d'une bande à deux globes. Sur une deuxième couche de gélatine, il applique alors une seconde bande de tarlatane, qui est enduite de la même manière. Il ne reste, après avoir enlevé le verre, qu'une petite partie découverte dans l'entourage de l'ulcère, qu'on couvre avec de petits morceaux d'ouate trempés dans la gélatine. De cette manière, l'ulcère est exactement isolé. Pour éviter que le pus sécrété par-

vienne à imprégner le bandage, M. Rosenthal couvre les bords avec une couche de photoxyline ou de collodion. M. Rosenthal présente trois malades traités de cette manière et souffrant d'ulcères de différentes dimensions, dont la guérison est plus ou moins avancée.

M. Karewski a employé les pansements à la gélatine de zinc depuis la publication de Unna et ne croit pas qu'il soit possible de guérir, de cette manière, de grands ulcères. Cette méthode lui semble seulement de valeur quand les ulcères sont déjà guéris. L'un des cas présentés par M. Rosenthal est déjà très avancé dans la guérison et sera probablement complètement guéri par le pansement. Quant à un des deux autres cas, M. Karewski croit pouvoir supprimer son doute. Ce pansement ne produit qu'une compression égale et n'est qu'une bande de caoutchouc améliorée. Le traitement des ulcères de jambe demande des moyens antiseptiques ou aseptiques, et M. Karewski ne croit pas qu'il soit possible d'atteindre ce but avec un bandage fixé pendant six à huit semaines. Pour cette raison, il a fait venir ses malades journellement et les a pansés tous les jours d'une manière aseptique. C'est un travail énorme, mais, d'après son opinion, le seul moyen pour arriver à une fin. Quand la guérison est complète, il faut appliquer un pansement à la gélatine de zinc, et le faire porter pendant deux à trois mois pour éviter une récidive. Cependant, on peut aussi guérir ces malades en un temps beaucoup plus court en les traitant, pendant trois semaines à peu près, à l'hôpital. Le traitement consiste à extirper les varices et à faire des autoplasties de greffes épidermiques. M. Karewski a souvent exécuté ces deux opérations dans une seule séance. L'extirpation des varices ne demande pas une grande technique, n'a aucun danger pour le malade et ne le retient pas trop longtemps au lit. Pour éviter une récidive, on peut aussi faire la ligature de la veine saphène. L'opération est si minime qu'on pourrait même l'exécuter dans la policlinique, ce que, du reste, M. Karewski n'a pas encore essayé jusqu'à présent. M. Karewski demande à M. Rosenthal s'il a déjà guéri des ulcères de jambe de la grandeur de la paume de la main avec le pansement à la gélatine de zinc.

M. Rosenthal réplique qu'il a déjà déclaré que les pansements fenêtrés ne servent que d'appui au traitement qui, du reste, ne lui semble nullement si facile que M. Karewski l'a dit, et qu'ils ne sont pas un moyen de traiter les ulcères de jambe, mais qu'ils n'aident qu'à accélérer la guérison, plus que tout autre méthode ne le fait. Aussi est-ce une faute de laisser ce pansement pendant six à huit semaines, puisqu'il faut déjà le changer dans le premier temps après six à huit jours. Quant à la question de M. Karewski, si M. Rosenthal a déjà réussi à guérir des ulcères de la grandeur de la paume de la main au moyen des pansements à la gélatine de zinc, il peut seulement répondre que c'est sûrement le cas. Il croit même avoir déjà amené à la guérison des ulcères d'une plus grande dimension, par différentes méthodes, avec ou sans aide dudit pansement.

En ce qui concerne les lotions antiseptiques, M. Rosenthal est d'opinion qu'on peut seulement rarement s'en servir, puisqu'elles font de trop grandes douleurs et provoquent des irritations violentes. Du traitement chirurgical, M. Rosenthal ne peut parler, puisqu'il n'en a pas d'expérience.

Sarcome du testicule.

M. Heller montre une tumeur qui provient du testicule gauche d'un malade de 34 ans. Son père avait subi une infection syphilitique et avait communiqué cette maladie à sa femme. Le malade lui-même avait eu à souffrir dans sa jeunesse d'un exanthème très opiniâtre ; outre cela, il a toujours été bien portant. Marié depuis huit ans, il eut deux enfants, dont le second vit encore. Puis suivirent plusieurs avortements. Il y a un an et demi, le testicule gauche commença à gonfler, un an plus tard il eut à subir un traumatisme et, lorsque M. Heller l'examina pour la première fois, il y trouva une tumeur de la grosseur de deux poings. En voulant procéder à une opération radicale que M. Palm entreprit, on trouva que le testicule n'était pas pris, mais que seulement l'épididyme, qui entourait le testicule avec une masse énorme de tissu cellulaire conjonctif, était malade. On essaya par conséquent des onctions d'onguent napolitain, mais sans résultat. Une suppuration qui s'y joignit força de procéder à la castration. Il est remarquable qu'en même temps une aliénation d'esprit se développa, qui se restreignit principalement à la sphère génitale. Le malade accusa sa femme de l'avoir trompé avec son père et d'avoir provoqué par cet abus sa propre maladie. Lorsque la tumeur du testicule eut atteint sa plus grande étendue, ces idées cessèrent un peu. La tumeur avait pris son issue du corps d'Highmore, et se composait d'une prolifération calleuse du tissu conjonctif, qui contenait dans son milieu nombre de kystes. Il s'agissait d'un sarcome alvéolaire. Dans les kystes on trouva de la cholestérine et du détritus.

M. Lassar observa dans le temps de son internat à la clinique psychiatrique de Breslau un cas pareil, sans qu'il y eut en même temps une tumeur d'un testicule.

Eczéma marginé.

M. Ledermann présente un malade déjà en guérison avec un eczéma marginé de grande étendue, qui avait produit un prurit cutané très intense.

M. Peter a vu dans le dernier temps un grand nombre de cas pareils, et a trouvé régulièrement, en examinant les squames, des champignons, surtout aux bords des cellules épithéliales. On voit dans tous ces cas une masse de spores minimes.

Vitiligo.

M. G. Lewin présente un cas de vitiligo ou d'albinisme partiel. Dans le dernier temps un travail a paru, qui cherche à démontrer que le zoraath de la Bible est le vitiligo et non pas la lèpre, ce qui coïncide en partie avec l'opinion de Celsus. Si l'on prétend que les malades qui souffrent de cette affection soient moins intelligents, M. Lewin ne peut approuver cette observation. Sachs, qui souffrait de vitiligo lui-même et qui a publié le meilleur ouvrage sur l'albinisme, a trouvé que les cheveux pris ne contiennent pas de fer ; d'autres auteurs ont confirmé plus tard cette observation. Pour l'hérédité, il n'existe jusqu'à présent que très peu d'exemples ; on a même fait des expériences avec des lapins pour réfuter cette opinion. On a en outre observé que ces taches grandissent, mais jamais qu'elles

diminuent. Mais il faut concéder que les personnes prises de cette affection sont soumises à une certaine nervosité. Les parents de la malade présentée jouissent d'une bonne santé.

M. SAALFELD a observé une jeune fille qui a gagné la même affection à la suite d'un très fort choc psychique qui avait été de valeur décisive pour toute sa vie. M. Saalfeld a accepté cette idée avec une certaine confiance.

M. MANKIEWICZ connaît, par rapport à l'hérédité, une famille dont la mère est blonde et dont le père aux yeux et à la peau normale a les cheveux assez foncés. Les trois enfants sont des albinos.

M. LILIENTHAL connaît un monsieur qui est un cas typique d'albinisme et dont le fils est profondément noir, de sorte qu'on pourrait le regarder plutôt pour un nègre.

M. G. LEWIN pourrait citer quatre cas d'hérédité.

Paralysie spinale spastique.

M. G. LEWIN présente une malade avec une paralysie spinale spastique, Les symptômes consistèrent dans une augmentation du réflexe rotulien. dans une parésie légère des extrémités inférieures et dans un clonus intense des pieds, qui ne pouvaient être levés que difficilement et glissaient avec la pointe sur le sol quand la malade commençait à marcher. Celle-ci souffrait en outre d'un rupia ; puis il y eut sur la paroi postérieure du pharynx une ulcération. Après six injections à l'oxycyanate de mercure, il fallut interrompre le traitement à cause de la grande faiblesse de la malade. On ordonna plus tard de l'iodure de potassium et on atteignit une amélioration remarquable : ce qui est bien intéressant, puisque M. Lewin n'a pas réussi à atteindre le même résultat dans d'autres cas semblables. Erb, qui, en 1875, a été le premier à réunir cet ensemble de symptômes, a décrit plus tard une espèce accessoire, la myélite transversale, dans laquelle il s'agit d'une affection des cordons latéraux, principalement de la voie des pyramides, et qui se base sur la syphilis. M. Lewin a vu, l'un de ces jours, un autre malade avec la même affection, qu'il a traité l'année passée et auquel il a fait plusieurs fois des injections sans succès. Aussi M. Lewin n'est pas en état de pouvoir confirmer la bonne influence du mercure dans le tabes.

M. ROSENTHAL mentionne le cas qu'il a présenté au commencement de l'année, dans lequel il s'agissait d'une combinaison de tabes et de paralysie spinale spastique. La démarche, qui d'abord avait été ataxique, devint bientôt spastique. En outre, il y avait un réflexe rotulien augmenté, un clonus des pieds et une parésie des sphincters, de la vessie et de l'anus. La malade ne fut pas guérie, mais quitta l'Europe améliorée, pour s'établir en Amérique.

M. SAALFELD demande s'il y avait des symptômes du côté de l'articulation et si la malade a eu un nystagmus de la musculature du larynx.

M. G. LEWIN n'a rien trouvé d'anormal à ce point de vue.

Exanthème syphilitique lichénoïde.

M. G. LEWIN présente un malade qui souffre d'un exanthème spécifique, de caractère lichénoïde. L'affection de la peau consiste en petits nodules

acnéiformes, de couleur rouge, et comme le siège n'est pas non plus normal, on pourrait bien douter s'il s'agit réellement de syphilis ou non.

M. Lassar est d'avis que le cas présenté est d'autant plus important, parce que M. Lewin a prononcé, à cette occasion, pour la première fois, qu'il y a des syphilides consistant en petites papules, et montrant une grande ressemblance avec le lichen ruber, observation que M. Lassar a déjà faite depuis longtemps.

M. Isaac a présenté à une autre occasion un cas dont la diagnose hésitait entre un lichen ruber et un lichen syphilitique. Le cas présenté lui semble être un lichen spécifique, vu que l'exanthème est rangé en groupes.

M. Lewin remarque que le lichen spécifique n'est jamais accompagné de démangeaisons, ce qui est le cas dans le lichen vulgaire. Le malade présenté montre en outre des clavi syphilitiques.

De la leucodermie.

M. G. Lewin. — O. Simon a principalement le mérite d'avoir dirigé l'attention sur cette affection ; après lui, Neisser et Lesser ont fait des publications sur le même sujet. M. Lewin a examiné à ce point de vue 8,000 malades qu'il range en quatre classes : 1) ceux qui n'étaient pas syphilitiques ; 2) ceux qui souffraient de la première éruption spécifique ; 3) ceux qui avaient une syphilis récidivante ; 4) ceux qui étaient syphilitiques sans avoir une manifestation actuelle de leur maladie. Quant à la thèse de Neisser que la leucodermie est un signe absolument sûr de syphilis, M. Lewin a obtenu les résultats suivants : de 4,800 malades qui n'avaient aucun symptôme de syphilis et n'avaient pas eu cette maladie auparavant, 221, c'est-à-dire 4 p. 100, montraient une leucodermie. Celle-ci était très prononcée en 1 3/4 p. 100, plus faible en 1 1/4 p. 100, et n'était visible qu'en traces en 1 p. 100. Donc M. Lewin ne peut se ranger à l'avis de Neisser, ce qui coïnciderait en général, avec l'opinion de Lesser, Riehl, Fournier et Kaposi. De 2,130 malades qui avaient la première éruption syphilitique, 778, c'est-à-dire 36 p. 100, avaient une leucodermie, et 1,352, c'est-à-dire 63 p.100, ne l'avaient pas. L'absence de leucodermie ne parle donc pas contre une syphilis, et on ne peut donc s'appuyer, comme Neisser l'a fait, sur la valeur positive et négative de ce symptôme. De 2,500 malades avec syphilis récidivante, ayant fait divers traitements, 65 p. 100 avaient une leucodermie, nombre plus grand que dans la syphilis récente, et 34,8 p. 100 ne la montraient pas. Des malades antérieurement syphilitiques, mais sans manifestation actuelle, 59 p. 100 avaient une leucodermie. Cette catégorie sert à faire reconnaître très clairement les suites importantes, naissantes de l'opinion d'attacher une trop grande valeur à la leucodermie, puisque tous les malades appartenant à cette classe devraient être soumis à un autre traitement. Neisser prétend, en outre, qu'il a principalement trouvé le symptôme indiqué chez les brunes. Le résultat de M. Lewin n'est pas tout à fait sûr, mais il semble démontrer justement le contraire, puisque les blondes étaient prises de leucodermie dans un rapport de 57,5 : 40. Aussi les femmes qui avaient été grosses, ou qui l'étaient encore, ne souffraient pas davantage de cette affection que les autres. Neisser prétend

que l'affection se développe du quatrième au sixième mois après l'infection : ce que M. Lewin ne peut approuver non plus. Il trouva déjà une leucodermie chez des malades avec ulcération primaire. Il est bien juste que la leucodermie se maintient pendant quelques années et disparaît plus tard, mais M. Lewin l'a trouvée chez six personnes, avec des gommes syphilitiques chez deux malades, avec des périostites, et chez une autre avec une pneumonie lobulaire.

Quant au mode de développement, les opinions diffèrent aussi: Neisser prétend qu'elle naît d'une roséole. M. Lewin n'est pas de cet avis, puisqu'il a vu des cas, où il y avait déjà une leucodermie, sans qu'il y ait déjà eu une roséole, laquelle du reste ne siège pas fréquemment sur la nuque et le cou. En outre, la leucodermie est plus fréquente dans les récidives où une roséole ne se montre que par exception que dans la première éruption. Mais dans quelques cas M. Lewin a vu, comme Neisser l'a décrit, un exanthème papuleux du cou se changer en leucodermie. La thérapie est d'une influence singulière : en 6-10 p. 100 la leucodermie diminue, en 30-70 p. 100 elle ne change pas et en 20 p. 100 elle augmente. Quant à la pathogénèse, M. Lewin est d'avis que le pigment naît du sang et est transporté dans la peau par des chromatophores, qui obéissent au système nerveux moteur. Si les centres sont pris, une partie des chromatophores est paralysée et il en résulte un manque de pigment, c'est-à-dire une leucodermie : c'est donc un trouble fonctionnel. Les causes qui peuvent influencer le système nerveux peuvent être de nature différente, avant tout des troubles psychiques. Le centre vaso-moteur qui est celui du pigment peut aussi être excité du côté du cerveau. De même les affections de la moelle épinière et les nerfs périphériques peuvent être la cause d'anomalies pigmentaires. M. Lewin croit donc que la leucodermie est produite par une paralysie des chromatophores.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine. O. Rosenthal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE KAZAN

Séance du 17 décembre 1893.

Myocardite syphilitique.

M. Vetschomoff. — Malade de 47 ans, fut pris en 1886 de toux, de douleurs dans la région précordiale, de tachycardie et de dyspnée parfois excessive. Bientôt se montrèrent l'œdème des jambes et la diminution considérable de la quantité d'urine. Le professeur Zacharine (de Moscou) a diagnostiqué la myocardite, et la digitale a fait merveille ; mais dès que le malade cessait de la prendre, les phénomènes inquiétants réapparaissaient. Après trois mois, la digitale a complètement cessé d'agir. En juin 1887, le malade s'est adressé à M. Vetschomoff. A l'examen : dyspnée extrême, avec impossibilité de marcher et de se tenir debout; œdème énorme des jambes et du scrotum; aux poumons, râles secs disséminés. Le choc du cœur est à peine perceptible à la palpation; à l'auscultation, les bruits du cœur sont distincts, mais très faibles; pas de souffles. Pouls

à 60-70, petit, faible et irrégulier. Le foie est considérablement augmenté de volume, descend jusqu'à l'ombilic, mais sa surface est lisse. La rate est relativement peu hypertrophiée. Les urines, 500, 600 gr. par vingt-quatre heures, sont très albumineuses et contiennent du sang.

Comme antécédents, blennorrhagie et induration de l'epididyme, plus tard se sont montrés des maux de tête et une éruption suspecte du cuir chevelu. M. Vetschomoff a supposé une myocardite syphilitique gommeuse, d'autant plus que c'était surtout le myocarde qui était lésé, et non les valvules comme dans le rhumatisme. Pour l'auteur, la lésion rénale « présentait aussi quelque chose de plus compliqué qu'une simple stase sanguine ». Il a institué le traitement ioduré combiné aux médicaments cardiaques, dont seul la lychnide a produit de l'effet. Ce traitement a très bien agi, l'urine a considérablement augmenté, l'œdème et la dyspnée ont vite diminué. En l'hiver 1887-1888, se sont montrées des plaques muqueuses à la région anale, et du psoriasis plantaire et palmaire. L'auteur a eu recours au mercure en injections et frictions, et tout est rentré dans l'ordre, les phénomènes cardiaques ont disparu, l'urine est devenue normale, le foie a diminué de volume et le malade a pu vaquer à ses occupations. Pendant trois ans, le traitement antisyphilitique n'a pas été employé, et très rarement le malade avait recours à la lychnide. En 1893, retour offensif des accidents, que l'auteur explique par une nouvelle production des gommes dans le myocarde. Les injections de sublimé ont fait disparaître tous les phénomènes morbides, mais actuellement le malade est en proie à un nouvel accès, les bruits du cœur ne sont plus perceptibles, la dyspnée et l'œdème sont excessifs, et l'auteur n'espère plus avoir des résultats favorables avec le traitement antisyphilitique combiné.

M. Kasanski fait l'objection que contre l'hypothèse d'une myocardite syphilitique gommeuse s'élève l'apparition des plaques muqueuses un an après le début de la myocardite, les manifestations secondaires de la syphilis survenant très rarement pendant la période tertiaire, et jamais on n'a constaté l'apparition des gommes *avant* les plaques muqueuses ou cutanées. Enfin le professeur Zacharine donne comme signe de myocardite syphilitique l'inefficacité des médicaments cardiaques, tandis que chez le malade de M. Vetschomoff, la digitale et la lychnide ont très bien agi.

S. Broido.

SOCIÉTÉ RUSSE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 27 novembre 1893.

Nécrose syphilitique des os du crâne.

M. Oussas présente une malade syphilitique avec un grand séquestre de l'os frontal à gauche et des mouvements expansifs visibles du cerveau. La malade, âgée de 54 ans, dit être atteinte de syphilis depuis 2 ans seulement, mais sur la face et le corps il existe de très nombreuses cicatrices anciennes. A ce propos, M. Oussas rappelle que dans l'hôpital Kalinine

il n'y avait que 2 cas semblables pendant 23 ans. Une malade était dans le service de M. Maïeff ; elle est sortie guérie. Une autre était soignée par M. Fischer et présentait des phénomènes cérébraux dont elle est morte.

Durant les 17 ans de sa propre carrière médicale, M. Oussas a vu encore deux cas pareils : un avec nécrose du sinciput (le malade est sorti guéri); dans un autre cas, où il y avait nécrose de tout l'os frontal, le docteur Reyer consulté n'a pas voulu opérer au domicile du malade, vu le danger de l'intervention. L'opération fut faite par le Dr Zelenoff. Il a enlevé tout l'os frontal, et la plaie s'est fermée au bout de six semaines.

Commeces affections évoluent très lentement, comme les malades qui en sont atteints peuvent vivre pendant de longues années, M. Oussas se demande, vu le danger de l'opération, s'il faut intervenir chirurgicalement, c'est-à-dire s'il faut enlever les séquestres, ou s'il ne vaut pas mieux attendre leur élimination spontanée. Si la présence du séquestre peut contribuer si peu que ce soit à la formation de l'os nouveau, il faut attendre sans hésitation. De plus, on peut trouver, au cours de l'opération, des lésions plus profondes et non soupçonnées ; ainsi, chez le malade du Dr Fischer on a trouvé un foyer de ramollissement cérébral.

A propos de la malade présentée par M. Oussas, M. Yakimowitch fait observer que les battements visibles du cerveau, chassant du pus au dehors, permettent de supposer qu'il y a adhérence intime entre les parties voisines non lésées et la dure-mère, et qu'il s'est formé ainsi en dehors de cette membrane une sorte de cavité circonscrite.

M. Petersen demande si la malade n'a pas de fièvre, et, pour lui, si la température est élevée, il faut opérer sans tergiverser, d'autant plus que la malade reste toujours sous le coup de l'ouverture du foyer purulent dans la cavité crânienne.

Syphilis héréditaire tardive (supposée).

M. Boudougoff présente un malade âgé de 27 ans, du service du professeur Tarnowsky, chez lequel il suppose la syphilis héréditaire tardive. L'histoire de la maladie est la suivante : père 55 ans, atteint de rhumatisme chronique ; mère 45 ans, a eu une fausse couche, est actuellement atteinte d'ataxie locomotrice progressive et a des métrorrhagies fréquentes; un frère aîné avait, à l'âge de 15 ans, un engorgement des ganglions du cou pour lequel on a fait une opération ; l'autre frère, plus jeune, avait, à l'âge de 11 ans, une arthrite du coude, terminée par ankylose. Le malade lui-même a eu dans sa première enfance une éruption cutanée qu'on a supposée scrofuleuse. Au mois de janvier 1893 s'est développé sur la poitrine une petite tumeur douloureuse qui augmentait de plus en plus ; au mois de juin, une tumeur semblable derrière l'oreille gauche et, au mois d'octobre, époque où le malade est entré à l'hôpital, se sont formées deux ulcérations superficielles sur le voile du palais. Le malade a des dents du type Hutchinson; absence du lobule de l'oreille. Au niveau de la poignée du sternum, au point d'insertion du grand pectoral gauche, existe une petite nodosité recouverte d'une peau rouge ; sur le côté droit du sternum, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, on trouve une

petite tumeur nettement fluctuante au centre, entourée d'un bourrelet dur, osseux, très douloureux à la palpation. Au cuir chevelu, derrière l'oreille gauche, on voit quelques petites ulcérations profondes à bords nettement découpés. Le malade fut soumis à un traitement mixte ; les tumeurs sternales ont considérablement diminué, les ulcérations se cicatrisent. M. Boudougoff suppose que les lésions mentionnées sont la manifestation de la période gommeuse de la syphilis. Se basant sur l'aspect caractéristique des dents, sur quelques signes de dégénérescence, et sur l'absence certaine des accidents premiers et secondaires, il est enclin à admettre la syphilis héréditaire tardive.

M. Oussas remarque que les dents d'Hutchinson sont ici le seul signe positif de la syphilis héréditaire tardive, les autres manifestations pouvant aussi bien appartenir à la tuberculose qu'à la syphilis. La rétrogradation des accidents sous l'influence du traitement antisyphilitique ne prouve rien, car toute infiltration avec tendance à la résolution cède au traitement mercuriel. En général, pour M. Oussas, le traitement d'épreuve par le mercure devrait être abandonné.

M. Yakimoff dit que la question du traitement mercuriel dans la tuberculose est suffisamment éclairée, et dans le sens défavorable pour cette dernière affection. Les cas de mort chez les syphilitiques hospitalisés sont presque toujours dus à la tuberculose concomitante. Les partisans même les plus chauds du traitement par le sublimé furent obligés de l'abandonner chez les tuberculeux.

Les microbes de la lèpre.

M. Yakimowitch montre des préparations des bâtonnets de Hansen qu'on trouve constamment dans la lèpre. Le Dr Wnoukoff, dans sa thèse, ayant examiné les divers organes et tissus chez les lépreux dans le gouvernement d'Astrakan et dans la circonscription de Viliouïsk, n'a jamais trouvé que les bâtonnets de Hansen et aucun autre microbe. M. Yakimowitch a analysé le pus collé à un moule en plâtre d'une lépreuse de l'hôpital Kalinine, ainsi que le pus des pansements et de l'ulcère de la même malade, et y a toujours trouvé le bâtonnet caractéristique en abondance et sous toutes des formes : droit, en chapelet, en massue. Le fond de l'ulcère lépreux, avec le pus qu'il sécrète, et les bâtonnets de Hansen que contient ce pus sont les agents immédiats de transmission de la contagion. Les bâtonnets de Hansen servent à distinguer la lèpre de la maladie de Morvan et de la syringomyélie.

Alopécie en aires (pelade) par trophonévrose.

M. M. Manasséine a présenté à la Société, à sa séance du 28 mars 1892, un malade qu'il a pu suivre depuis ; il rappelle l'histoire de la maladie : Jeune homme bien portant, élève d'une école militaire, s'est aperçu de la chute des cheveux sur la moitié droite de la tête, au mois de juin 1891. Le même fait s'était déjà produit en 1888 et avait cédé au traitement oléopathe (?) pendant trois mois. En mars 1892, douze plaques de pelade sur le cuir chevelu. En janvier 1893, chute des poils de la barbe des deux

côtés ; au mois de février, chute des cils ; au mois de mars, plaques de pelade sur la cuisse droite. Comme antécédents collatéraux : deux cousins atteints de la même affection. Toutes les applications locales des irritants sont restées sans résultats. Le rapporteur a pensé qu'il s'agissait d'une trophonévrose et a institué un traitement par la méthode de Blaschko (courants interrompus). Mêmes résultats négatifs. Les frictions à l'extrait alcoolique de pilocarpine furent aussi sans effet. M. Manasséïne a conseillé l'emploi des courants continus. Le malade ayant fini ses études est parti pour son régiment, et, actuellement (27 novembre 1893, c'est-à-dire après deux ans de ce traitement), le médecin de ce régiment informe le rapporteur que les plaques de pelade sont guéries en majeure partie, les autres en voie de guérison. Le traitement efficace par les courants continus confirme, d'après M. Manasséïne, l'hypothèse qu'il s'agissait là d'une trophonévrose, et le rapporteur rejette l'idée d'une affection contagieuse, se basant sur le fait suivant : ayant rasé les cheveux du malade, le rapporteur et un de ses collègues les ont mis dans leurs bonnets de nuit et ont dormi ayant ces bonnets sur la tête. Ni lui, ni son collègue, n'ont contracté la pelade.

S. Broido.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Dermatologie. — Profess. Pick. Coup d'œil rétrospectif sur un quart de siècle. (*Rückblick auf ein Vierteljahrhundert*, 1869-1894.)

Avec le premier numéro de cette année, les Archives de Dermatologie et de Syphiligraphie (*Archives für Dermatologie und Syphilis*) entrent dans la vingt-cinquième année de leur existence. A cette occasion, le professeur Pick jette un coup d'œil sur les événements importants qui se sont produits dans nos deux spécialités. Il rappelle qu'il y a vingt-cinq ans, c'est l'absence de tout journal spécial qui avait été le motif principal de la fondation de ce recueil. Il importait de réunir dans une feuille particulière la plupart des faits importants, des germes susceptibles de fructifier, qui étaient alors perdus dans l'océan des détails de la médecine générale.

En effet, il n'existait à cette époque, en dehors de l'Italie, aucun journal spécial de dermatologie, après l'insuccès des *Archives* de Fr. J. Behrend (1846) pour la syphilis et les maladies de la peau (1).

Les *Archives* sont issues de l'École de Hebra; elles ont contribué à propager ses idées et elles sont devenues l'organe de la dermatologie allemande. Si l'école du professeur viennois a conquis le monde, cela tient à « l'universalité de sa méthode d'observation, à sa rigueur scientifique, à sa lutte victorieuse contre des préjugés, à l'élagage de l'ancien bagage scientifique vermoulu, à la démonstration exacte des théories médicales concernant les processus pathologiques observés sur la peau ».

La rédaction des *Archives*, ajoute Pick, est restée fidèle à ces traditions et elles doivent à cette circonstance de s'être élevées de leurs débuts modestes au point de devenir un organe d'une importance internationale.

Il remarque ensuite que les *Archives* ont tout particulièrement favorisé les recherches de physiologie, d'anatomie normale et d'anatomie pathologique. Jamais un travail de cette nature, même s'il exigeait des frais artistiques considérables, n'a été repoussé ; bien plus, ces travaux étaient insérés avant les autres ; ceux d'ordre spéculatif venaient toujours à l'arrière-plan.

Les recherches étiologiques surtout ont été toujours très en honneur dans notre publication. Longtemps avant que, dans d'autres domaines de la médecine, on accordât à l'étude des maladies parasitaires l'attention qui leur est aujourd'hui départie, à la suite de la vigoureuse impulsion que

(1) Rappelons cependant que, deux ans avant Behrend (1844), Alphée Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avait fondé les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Le tome II parut en 1846. Les tomes III et IV furent publiés par Cazenave et Chausit. A. D.

es études bactériologiques ont donnée à la médecine, on avait obtenu de beaux résultats en étudiant les maladies contagieuses et infectieuses de la peau, ainsi que leurs agents. Ici aussi l'expérimentation pathologique était en pleine activité, et on en trouve le témoignage incontestable dans chaque volume des *Archives*. La dermatologie et la syphiligraphie ont utilisé les méthodes nouvelles et exactes introduites par la bactériologie pour l'étude des parasites végétaux ; et les résultats comptent au nombre des conquêtes les plus sûres de la médecine moderne.

L'observation clinique a constamment occupé le premier rang. Et pendant qu'on étudiait les maladies de la peau, on n'oubliait pas le malade lui-même. La sottise et l'ignorance, parfois aussi la malveillance, ont affirmé que la grande école dermatologique, dont les *Archives* se proposaient pour but de représenter les idées, suivait une direction spéciale exclusive ; cette assertion se trouve réfutée à chaque page des *Archives*. Il est bien plutôt permis de dire avec fierté que les autres branches de la médecine ont reçu de la dermatologie au moins tout autant d'impulsion féconde qu'elles, de leur côté, en ont donné à la dermatologie, et que cette science a pris soin d'établir sa connexion avec la médecine tou entière.

Les travaux de cette époque ont notablement contribué à affirmer le diagnostic et la caractéristique des maladies de la peau, à fonder une terminologie simplifiée et universellement compréhensible. Ce sont ces travaux qui ont débrouillé le chaos de la nomenclature et ont rendu possible une entente internationale.

Ce résultat n'a pas été obtenu sans une certaine violence. Ceux qui sont les premiers entrés dans cette voie, ce sont les élèves directs de Hebra, les éditeurs et les collaborateurs des *Archives* : mais tous étaient d'avis qu'on devait avant tout consolider les points indiscutables et que leur connaissance exacte amènerait peu à peu d'elle-même une nouvelle revision.

Ce que l'école de Hebra a désigné sous le nom de diagnostic objectif, à savoir la connaissance des maladies de la peau d'après leurs symptômes objectifs, a donné au clinicien une sûreté et une assurance dans la conception, le pronostic et le traitement. Ces éléments conduisirent à des résultats analogues à ceux obtenus dans les spécialités chirurgicales. Il devint de plus en plus nécessaire de se consacrer au traitement des maladies de la peau ; même les *laïques* se lassaient de supporter plus long temps les conseils de médecins qui dissimulaient leur ignorance en parlant du danger de la guérison des affections du tégument externe ; car on avait eu souvent l'occasion de constater le contraire. Malgré cette marche en avant, il était malheureusement inévitable qu'un nombre de plus en plus considérable de gens sans compétence feraient de la dermatologie pratique. Nous voulons parler de ces médecins dont la hardiesse n'est souvent dépassée que par une ignorance profonde. Ceci est surtout vrai des médecins, qui, sous le costume scientifique, ne poursuivent qu'une réclame personnelle. A de semblables éléments les portes des *Archives* sont restées fermées ; la rédaction des *Archives* le proclame hautement.

Partout, dans le domaine de la médecine pratique il y a à déplorer de

semblables misères; mais il est certain qu'elles se produisent beaucoup plus fréquemment dans la sphère de nos spécialités. Le motif en est dans l'état de l'enseignement.

Un an à peine après la création des *Archives*, il se fonda également en France, en Angleterre, dans l'Amérique du Nord, des journaux de dermatologie avec les mêmes tendances que celles des *Archives*. Mais le professeur Pick se félicite tout particulièrement de la fondation de la Société allemande de dermatologie, elle émane de la rédaction de ce journal, et il espère qu'elle contribuera largement au développement des études dermatologiques et syphiligraphiques.

Mais les résultats obtenus dans l'enseignement des deux spécialités sont loin d'être satisfaisants. Dès 1869, les *Archives*, par la plume de Sigmund insistaient sur la nécessité de créer des cliniques spéciales. En Autriche, grâce à l'initiative de l'impératrice Marie-Thérèse, le gouvernement apporte une grande attention et une intelligence bienveillante aux spécialités.

Vienne devait et doit encore à cet enseignement sa force d'attraction, comparativement aux autres Universités de l'Autriche et de l'Allemagne. C'est à Vienne, en effet, où on avait institué les premières cliniques d'ophtalmologie, de dermatologie et de syphiligraphie, etc..., que se rendent en foule, exclusivement pour cette raison, les médecins et les étudiants de tous les pays pour acquérir des connaissances dans les branches de la médecine dont ils avaient compris l'importance avant leurs gouvernements et leurs professeurs. Le collège médical des professeurs de Prague a, au commencement de la décade de 1870 à 1880, fondé dans cette ville une clinique pour les maladies cutanées et syphilitiques; toutes les Facultés de médecine de l'Autriche suivirent cet exemple, et l'État, fidèle aux traditions du temps de la grande Impératrice, vient de transformer ces chaires en chaires de professeurs ordinaires.

Les suites bienfaisantes de ces institutions ne se sont pas fait attendre; l'instruction des médecins dans les deux spécialités est devenue plus générale, et, par suite, le nombre des charlatans spécialistes, des héros de la réclame a diminué, du moins en Autriche; c'est, en effet, l'instruction défectueuse des médecins dans la médecine pratique qui est la cause de la prolifération luxuriante (üppigen Emporwucherns) du charlatanisme.

Il n'y a pas lieu d'indiquer ici longuement la nécessité d'une instruction solide des médecins, en ce qui concerne les maladies de la peau et celles des organes génitaux. Pour des raisons d'hygiène et de police sanitaire, l'État a le devoir de s'assurer que les médecins chargés de ces services ont les connaissances voulues. Une action dans ce sens se produit maintenant en Autriche, particulièrement sous la pression des autorités sanitaires.

Les choses se présentent ainsi d'une manière satisfaisante en Autriche, et nous constatons avec plaisir qu'elles commencent à s'organiser en Suisse. Il n'en est pas de même en Allemagne. Il y a encore dans ce pays des Universités dans lesquelles l'État ne donne aucun enseignement profitable des deux spécialités, ou n'en donne qu'un très imparfait. Dans bon nombre de Facultés, on n'enseigne que d'une façon accessoire la dermatologie et la syphiligraphie dans des cliniques internes et chirur-

gicales. Le plus souvent, ce sont des privatdocenten qui sont obligés de se procurer eux-mêmes, et à leurs frais, tous les matériaux nécessaires à l'enseignement. On ne peut pas comprendre pourquoi, même dans des Universités où existent dans les hôpitaux des sections spéciales pour les malades atteints d'affections de la peau et des organes génitaux, on ne les transforme pas en cliniques et on n'en donne pas la direction à un spécialiste, comme chaire d'enseignement. N'a-t-on pas vu à Würzburg une section indépendante de ce genre qu'un spécialiste autorisé avait fait servir d'une manière remarquable à l'enseignement, revenir, après sa mort, sous la direction du professeur de clinique interne ? Mais, au Congrès des naturalistes à Nürnberg, le ministre de l'Instruction publique de Bavière a assuré d'une façon solennelle qu'il ferait cesser cet anachronisme et prendrait les mesures nécessaires. Nous en sommes d'autant plus certains que, aux Universités de Münich et de Würzburg revient la gloire d'avoir été, jusque vers 1870, en dehors de Berlin, les seules villes en Allemagne dans lesquelles des hommes éminents enseignaient la syphiligraphie et la dermatologie.

En terminant, le professeur Pick signale les résultats obtenus à Breslau et à Bonn. Dans ces villes où, depuis 1877 et 1882, il existe des cliniques pour les maladies de la peau et des organes génitaux, ces instituts ont été installés dans de nouveaux bâtiments, construits spécialement dans ce but; ils répondent à toutes les exigences. Ceci est particulièrement vrai de la nouvelle clinique de Breslau ; elle est située à côté des autres cliniques et forme, sous tous les rapports, un véritable institut modèle. On voit par là que, en Allemagne aussi, particulièrement en Prusse, l'autorité supérieure commence à mieux apprécier l'importance de la dermatologie et cherche à faire cesser les omissions regrettables.

En somme, les *Archives* ont de tout temps pris une part très active aux efforts pour l'avancement de la science et les progrès de l'enseignement.

Pick rappelle ensuite que, dans ce quart de siècle, le développement de leur recueil s'est accentué d'une manière continue ; actuellement il se compose de soixante feuilles, sans compter les numéros supplémentaires. Abstraction faite du nombre considérable de mémoires originaux, les revues des travaux de dermatologie et de syphiligraphie présentent un tableau synoptique de la littérature spéciale disséminée dans les nombreux journaux.

Enfin, après un juste tribut payé à la mémoire du regretté professeur H. Auspitz, son collaborateur de la première heure, le professeur Pick adresse les plus chaleureux remerciements à ses collègues de la rédaction, les professeurs Caspary, Kaposi, Lewin et Neisser ; aux docteurs Horovitz et Jadassohn qui prennent une part importante à la rédaction, à tous les autres collaborateurs et à l'éditeur qui n'a jamais hésité à faire les plus grands sacrifices et a par là contribué au succès et à la prospérité des *Archives*.

A. Doyon.

Favus.— M. Biro. Du champignon du favus. (*Gazeta lekarska*, 16 et 23 septembre 1893.)

L'auteur s'est inoculé, ainsi qu'à trois malades (avec leur consentement), le champignon d'Elsenberg, et a réussi à provoquer des croûtes caracté-

ristiques du favus. La culture de ces croûtes a donné le même champignon. L'auteur regarde donc ce parasite comme spécifique du favus. Il a fait une étude complète de ce champignon, et croit que la différence qui existe entre les microbes de MM. Quincke, Kral, Plaut, Mibelli, Quinquaud, Frank et Unna n'est que le résultat du polymorphisme d'un seul et même champignon, polymorphisme dû à la différence des conditions des cultures. S. Broido.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Uréthrite catarrhale. — Rona. Ueber Aetiologie und Wesen der Urethritis catarrhalis der Kinder männlichen Geschlechtes. (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1893, p. 149.)

Les médecins d'enfants décrivent sous le nom d'uréthrite catarrhale une inflammation aiguë et typique de l'urèthre chez les petits garçons. Cette inflammation correspond, comme marche et complications, absolument à la blennorrhagie des adultes. Ainsi que l'ont observé certains auteurs, cette uréthrite catarrhale peut s'accompagner de balanoposthite avec suppuration, dans des cas plus graves d'engorgement des ganglions inguinaux, et même, d'après Bokai, de sensibilité des deux testicules. Toutefois, ce dernier état se distingue de l'épididymite des adultes en ce qu'il ne se produit jamais de véritables inflammations.

Aujourd'hui encore, on ne connaît ni l'étiologie ni la nature de cette inflammation uréthrale des enfants.

Suivant la plupart des auteurs, la masturbation serait la cause de la maladie. Bokai s'élève avec force contre cette manière de voir.

On a observé cette inflammation de l'urèthre chez des nourrissons âgés de 15 (Englisch), 34, 44, 60, 120 jours; dans les 109 cas rapportés par Bokai, on comptait 27 enfants âgés d'un an, 36 de un à 3 ans, 32 de 3 à 7, et 14 de 7 à 14. Ces chiffres témoignent contre l'hypothèse de l'onanisme. De plus, d'après l'état actuel de nos connaissances, on peut ajouter que l'onanisme n'a jamais occasionné l'inflammation de l'urèthre.

Bokai repousse également une autre opinion des auteurs, à savoir l'influence du frottement provenant des vêtements.

Les irritations mécaniques et chimiques ont, selon ce même auteur, une plus grande importance. Il entend par là l'introduction dans l'urètre de divers corps étrangers, le cathétérisme imprévoyant, la pénétration de cristaux irréguliers d'acide urique, de sable rénal ou de concrétions plus volumineuses passant de la vessie dans l'urèthre ; des injections irritantes très concentrées ; de l'urine avec de l'acide urique en excès et, parmi les causes internes mentionnées par Behrend, les maladies des reins, l'irritation de la vessie. L'auteur n'a jamais observé que les causes ci-dessus aient produit une uréthrite catarrhale.

Il en est de même des parasites du rectum, des piqûres d'insectes, des maladies prurigineuses des organes génitaux, de la balanoposthite avec phimosis, qui ne jouent aucun rôle dans l'apparition de cette inflammation de l'urèthre.

Malgré l'obscurité qui règne encore sur l'étiologie de cette affection, Bokai, d'accord avec les médecins les plus autorisés, conteste sa nature infectieuse, et nie catégoriquement qu'elle puisse se produire par infection.

Toutefois, vers la fin de 1885, J. Cséri, parlant de l'étiologie de la vulvo-vaginite des petites filles, se demanda si l'uréthrite catarrhale ne serait pas aussi de nature infectieuse. Cet auteur a présenté à l'association hongroise des médecins à Budapest des préparations microscopiques faites avec la sécrétion de l'urèthre de deux petits garçons (de 4 et 5 ans). L'inflammation uréthrale durait chez l'un de ces enfants depuis deux mois lorsque Cséri trouva dans la sécrétion de nombreux cocci qui ressemblaient beaucoup, quant à leur forme et à leur mode de groupement, à ceux que l'on rencontre dans la vulvo-vaginite et aux gonocoques de Neisser. État analogue chez le second malade. Quinze jours plus tard, il trouva chez la sœur de ce petit garçon, âgée de 8 ans, une vulvo-vaginite dans la sécrétion de laquelle existaient les mêmes cocci. Il pensa que dans les deux cas on avait affaire à une véritable blennorrhagie.

Rona a vu les préparations de Cséri, et il est resté convaincu que le soupçon de cet auteur était justifié. Depuis lors, Rona a entrepris des recherches sur le même sujet : il a observé quatorze cas d'uréthrite typique de petits garçons, parmi lesquels se trouvait un enfant de 15 mois (avec épididymite double), un de 21 mois, un de 2 ans, un de 3 ans, etc..., jusqu'à 13 ans et demi. Un enfant de 8 ans et un autre de 13 ans et demi étaient frères ; deux de leurs sœurs, âgées de 2 et de 6 ans, étaient aussi atteintes de vulvo-vaginite blennorrhagique. Chez tous ces malades, il a trouvé dans la sécrétion uréthrale les gonocoques typiques. On sait aujourd'hui que les causes d'infection pour les petites filles sont multiples : bains, éponges de bains, serviettes de toilette, linges de toile, thermomètre, vase de nuit, le coucher avec les parents, les domestiques, etc. ; les petits garçons peuvent être infectés de la même manière.

D'après ses recherches, l'auteur n'hésite pas à rapporter l'uréthrite catarrhale qui survient chez les enfants, en première ligne et non d'une manière exceptionnelle, comme Baginsky et d'autres auteurs le croient, à une infection et en réalité à une infection blennorrhagique. Rien ne démontre mieux cette assertion que la présence dans une famille de plusieurs enfants malades. Il rappelle à ce propos que dans les cas mentionnés ci-dessus, dans une seule et même famille, deux filles et deux garçons avaient contracté la maladie ; en outre, que le malade âgé de 4 ans, cité par Cséri, avait infecté sa sœur âgée de 8 ans, et enfin que le malade (6 ans) de Crandall (1890) avait contagionné sa sœur (8 ans).

Rona passe ensuite à la description des symptômes cliniques de l'uréthrite catarrhale, à la marche de la maladie ; ils sont les mêmes que dans la blennorrhagie des adultes. Au début, le processus est véhément et progressif ; dans tous les cas observés par l'auteur, il a envahi toute l'étendue de l'urèthre ; habituellement il persiste pendant plusieurs mois. Quant aux complications, on a observé plusieurs fois la balanoposthite, et, dans des cas graves, la lymphadénie, la lymphangite, la cystite ; la

prostatite une fois, une autre fois une épididymite typique liée à de la vaginalite chez un nourrisson de 15 mois.

En résumé, l'uréthrite des enfants n'est pas une affection légère, mais grave, dont le pronostic est beaucoup plus sérieux qu'on ne l'avait supposé.

L'auteur termine son mémoire par l'histoire des seize malades qu'il a observés. A. Doyon.

Blennorrhagie. — Lanz. Ein Beitrag zur Frage der Incubationsdauer beim Tripper. (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1893, p. 481.)

La plupart des auteurs modernes admettent une période d'incubation dans la blennorrhagie, mais ils diffèrent notablement sur sa durée. Selon Lesser elle est en moyenne de deux à trois jours, exceptionnellement de six à sept : toutefois, ce seraient là des limites extrêmes. Jullien indique deux à trois jours. D'après Finger, cette période est de trois à cinq jours et elle est plus courte lors de la première infection ; dans les infections ultérieures elle est plus longue, toutefois elle dépasse rarement six à sept jours. D'une statistique de Finger comprenant 479 cas, il résulte que, dans la majorité des cas on a constaté la maladie le troisième jour ; dans plus des deux tiers des cas, dans le cours de la première semaine. Des incubations de plus de quinze jours sont excessivement rares. Sur 39 cas observés avec le plus grand soin par l'auteur, le temps d'incubation a été de trois jours dans le plus grand nombre des cas, résultat identique à celui de Finger ; dans deux cas il fut de vingt jours. Dans les expériences d'inoculation avec le pus blennorrhagique, pratiquées soit par différents spécialistes, soit par l'auteur, la durée de l'incubation à été également de deux à trois jours.

Lanz rapporte ensuite deux cas de blennorrhagie dans lesquels un laps de temps exceptionnellement long s'est écoulé entre le dernier coït et les premiers symptômes morbides ; dans le premier cas, environ dix semaines. Dans le second cas, la durée de l'incubation fut d'un mois et demi, autrement dit, la période latente de la blennorrhagie à été de cinq semaines.

Pour expliquer ces longues incubations, Stern a émis l'hypothèse que la sécrétion blennorrhagique, au début, n'arrivait pas dans le canal de l'urèthre, mais dans le sac préputial, où elle séjournerait sans provoquer aucuns symptômes, jusqu'au moment où elle gagnerait accidentellement l'urèthre. Cette explication est incontestablement très simple, mais elle ne repose en réalité sur rien et, dans le premier cas décrit par l'auteur, est tout à fait inadmissible. Ce malade prenait souvent des bains et avait les plus grands soins de propreté pour ses organes génitaux.

Il serait possible, selon Lanz, d'interpréter l'apparition tardive de la blennorrhagie après le coït, si on admet que la maladie n'est pas en connexion étiologique avec le coït, mais serait due à une infection accidentelle, c'est-à-dire à une infection indépendante du coït. Bon nombre d'auteurs croient que ces infections accidentelles ne sont pas absolument rares : c'est ainsi que, selon le professeur Podres, on peut contracter la blennorrhagie en dehors du coït par l'intermédiaire de touchers impurs, de linges mal-

propres, de vases et de water-closets, et enfin par le contact d'instruments sales, tels que des bougies et des cathéters. D'autres auteurs, Stern, Gamberini, etc., ont cité des cas analogues. Il faut ranger aussi dans cette même catégorie les nombreux cas d'infection blennorrhagique chez les nourrissons et les enfants plus âgés. Le professeur Sänger a vu toute une série d'enfants plus ou moins âgés, chez lesquels on a pu constater que la contagion était due à la mère. Il a observé quelques endémies où le père, la mère et plusieurs enfants étaient devenus malades les uns après les autres. De nombreux auteurs ont décrit des endémies de blennorrhagie dans les hôpitaux, dans des pensionnats.

Il n'est donc pas douteux que la blennorrhagie, dans certaines conditions, puisse se transmettre sans coït. Mais ces conditions, en ce qui concerne les adultes, sont entièrement inconnues, de sorte qu'on en est réduit à des hypothèses sur ce point. Toutefois ces causes sont jusqu'à un certain point plus claires depuis les recherches de Welander. Elles permettent tout au moins d'admettre comme vraisemblable que le pus blennorrhagique, une fois desséché, perd très rapidement sa contagiosité (au bout de trois à quatre jours). Par suite, une infection par des linges sur lesquels se trouve du muco-pus blennorrhagique desséché n'est guère possible. La congélation exerce une action analogue. Il ressort de ce qui précède que le gonocoque ne possède qu'une force de résistance insignifiante. On sait en outre, d'après de nombreux observateurs et d'après Neisser lui-même, que le gonocoque se cultive mal et avec peine.

Dans les deux cas qu'il a rapportés, l'auteur, malgré l'enquête la plus attentive, n'a pu découvrir en dehors du coït aucune source quelconque d'infection. Naturellement on ne saurait en déduire qu'il n'y a pas pour les adultes d'infection indirecte. Si l'on compare la blennorrhagie avec quelques autres maladies à contage fixe, on trouve que les variations dans la durée de l'incubation de la première affection n'ont en elles-mêmes rien d'invraisemblable. Il en est ainsi pour la syphilis, dont l'incubation est en général de trois à quatre semaines, quelquefois il est vrai de six semaines ; la durée de l'incubation dans l'hydrophobie est le plus souvent de quarante à quarante-cinq jours, rarement moins de vingt et plus de quarante.

En résumé, l'auteur croit pouvoir admettre que dans les cas à période latente longue, comptée du moment du coït jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la blennorrhagie, il s'agit, du moins dans la plupart des cas, d'une incubation d'une durée exceptionnellement longue et non d'une infection accidentelle sans coït. D'après nos connaissances actuelles, il n'est pas possible de trancher la question d'une façon définitive. La solution aurait un grand intérêt pratique : par exemple, au bout de combien de temps après un coït suspect peut-on permettre le mariage ? Mais quelle que soit la réponse à cette question, on peut dire d'une manière certaine qu'il existe des blennorrhagies dans lesquelles, à partir du dernier coït jusqu'aux premiers symptômes morbides, il s'écoule trois, cinq, voire même dix semaines, pendant lesquelles il n'existe aucun phénomène susceptible d'attirer l'attention du malade ; dans ces cas on a affaire à une uréthrite blennorrhagique vraie, car on constate facilement dans la sécrétion la présence des gonocoques.

A. DOYON.

REVUE DES LIVRES

A. Fournier. — **Les affections parasyphilitiques.** 1 vol. in-8°, cart. souple. Paris, Rueff, 1894.

Le nouveau livre que vient de publier M. le professeur Fournier complète la belle série des monographies qu'il a fait paraître sur les points les plus importants de la pathologie syphilitique. Ce qu'il étudie maintenant, et ce qu'il réunit sous le nom *d'affections parasyphilitiques*, ce sont « des manifestations morbides qui, pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques *d'origine* » en ce sens qu'elles sont issues de la syphilis et selon toute vraisemblance ne se seraient pas produites sans elle. Ainsi s'élargit considérablement le cadre des méfaits de la vérole. La syphilis ne se compose plus dès lors seulement de l'ordre des accidents bien connus que l'évidence a rangés dans son cadre et qui sont reliés par un caractère commun, leur curabilité par le traitement spécifique ; elle comporte encore des accidents d'un autre ordre qui, pour n'avoir plus la physionomie spécifique, et ne pas obéir comme les précédents à l'action du mercure ou de l'iodure, ne s'en rattachent pas moins à elle comme origine. Car on pourrait dire aussi qu'un caractère commun à ces accidents parasyphilitiques, caractère fâcheux avant tout, c'est qu'ils sont à peu près inaccessibles à l'action de la médication spécifique.

Les uns relèvent de la syphilis acquise, les autres, moins nombreux, de la syphilis héréditaire ; la plupart appartiennent à la pathologie du système nerveux.

Un de ces accidents peut être pris comme type de démonstration : c'est la syphilide pigmentaire, dont personne ne songera à contester l'origine spécifique et qui cependant est réfractaire au traitement antisyphilitique.

M. Fournier étudie ensuite la neurasthénie et l'hystérie syphilitiques : toutes deux peuvent faire partie du cortège des accidents secondaires, mais peuvent aussi se montrer bien au delà de cette période et, pour la neurasthénie notamment, se prolonger indéfiniment ; il y a là une description d'après nature du malheureux neurasthénique hanté de ses phobies diverses, dont la principale dans l'espèce est la crainte d'accidents syphilitiques graves du côté du système nerveux, et un portrait du syphilophobe qui sont de petits chefs-d'œuvre. Le tabes, auquel M. Fournier a déjà consacré, comme on sait, de si importants travaux et que, plus que n'importe qui, il a contribué à rattacher à la syphilis, peut être donné comme le type de ces affections parasyphilitiques, et M. Fournier ne s'y arrête que pour constater combien ont fait maintenant de prosélytes ces idées jadis acceptées avec défiance. Eh bien, le même rapprochement doit être fait entre la syphilis et la paralysie générale ; n'y a-t-il pas d'ailleurs de nombreux points communs reconnus maintenant entre le tabes et la paralysie

générale ? et puisque l'origine syphilitique du tabes est maintenant acceptée, il doit en être de même de celle de la paralysie générale, et c'est avec le même luxe d'arguments basés surtout sur les statistiques que M. Fournier établit sa démonstration.

M. Fournier étudie ensuite une variété d'épilepsie qui diffère de l'épilepsie syphilitique commune, ou mieux de la forme épileptique de la syphilis cérébrale, car elle se produit à l'état de symptôme isolé, se continue et se perpétue sous cette forme sans associations morbides, elle dure longtemps, elle ne subit aucune action de la médication spécifique, la médication bromurée étant capable de la modérer sans la guérir ; elle peut se caractériser, soit par des accès épileptiques, soit par du petit mal. Cette épilepsie demande encore de nouvelles études. A côté de ces formes morbides, il faudrait encore ranger parmi les affections parasyphilitiques certaines amyotrophies étudiées par M. Raymond, et peut-être aussi d'autres types encore à peine entrevus, le diabète, l'hémoglobinurie, le tabes oculaire, le tabes auriculaire, certaines dermatoses de la période tertiaire signalées et décrites par M. Fournier sous le nom d'érythèmes tertiaires, l'adénie, peut-être aussi certaines formes de leucoplasie buccale, peut-être aussi une variété de pelade dystrophique. Pour tout cela, il faut savoir attendre.

La syphilis héréditaire, elle aussi, ne se borne pas à faire que des affections syphilitiques ; elle réagit sur ses victimes en tant que maladie générale, par la perturbation qu'elle apporte dans la santé, dans le tempérament. C'est ainsi que, fréquemment, on voit l'hérédité spécifique se traduire par tels ou tels des phénomènes pathologiques que voici : *cachexie fœtale*, véritable inaptitude à la vie du produit de conception se manifestant soit par la mort du fœtus *in utero*, soit par la naissance d'avortons, que la mort attend à bref délai, soit par la naissance d'enfants en apparence plus résistants, mais qui sont emportés par la moindre maladie, qui meurent souvent de rien ; *troubles dystrophiques généraux*, lenteur de croissance, lenteur dans l'évolution des dents, dans la marche, infantilisme, dystrophies partielles ; *malformations congénitales ; prédispositions morbides* au rachitisme, à la tuberculose, aux affections du système nerveux, convulsions ou méningite. Parmi les affections mises sous cette néfaste influence dystrophique, peut-être faudra-t-il aussi ranger le *tabes congénital spasmodique* dont M. Fournier a observé trois cas, dont deux sur les deux enfants d'un père syphilitique. Enfin l'hérédo-syphilis peut engendrer aussi l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie ; elle est cause certainement de tabes et de paralysie générale ; sur quatorze cas de paralysie générale du jeune âge, six dérivaient certainement de l'infection hérédo-syphilitique. Tel est le bilan actuel des affections parasyphilitiques, mais leur cadre tend chaque jour à s'élargir et nul doute que d'autres types ne viennent bientôt prendre place dans la série. Ainsi grandit chaque jour le triste domaine de la syphilis et, puisque pour cette série nouvelle d'affections qui en dérivent, le traitement se montre impuissant, ne doit-on pas s'efforcer de mettre plus que jamais l'individu à l'abri de cette redoutable infection. Aussi doit-on trouver, dans ces nouveaux méfaits, un argument de plus à ajouter à tous ceux que mettent en avant, sans se lasser, mais

aussi, hélas! sans obtenir de résultat, les partisans d'une prophylaxie sérieuse de cette terrible maladie.

H. F.

Radcliffe Crocker. — **Traité des maladies de la peau,** comprenant la description, la pathologie, le diagnostic, et le traitement ; avec des indications spéciales concernant les éruptions cutanées de l'enfance. — Analyse de douze mille cas de maladies de la peau. — Deuxième édition avec 92 illustrations, 1893, 939 pages (chez Lewis, 136, Gower street, London).

Cet ouvrage représente le plus volumineux des traités des maladies de la peau, publiés en Angleterre. La grande compétence de l'auteur et la minutie avec laquelle les questions sont traitées en font *une œuvre de première importance.* Le succès de la première édition est un sûr garant du bon accueil que ce livre remarquable recevra dans le monde dermatologique.

L'auteur n'a point modifié la classification adoptée pour la première édition. C'est la méthode de Hebra légèrement modifiée. Les maladies de la peau sont divisées en neuf classes :

1° Les congestions ; 2° les inflammations ; 3° les hémorrhagies ; 4° les hypertrophies ; 5° les atrophies ; 6° les néoplasmes ; 7° les névroses ; 8° maladies des annexes ; 9° maladies parasitaires.

« C'est, d'après M. Crocker, la classification qui convient le mieux à notre époque, où l'on ne sait presque rien encore de l'origine des maladies ; c'est celle qui montre le mieux les rapports cliniques des lésions. » Mais cette méthode conduit inévitablement à certaines inconséquences. Par exemple, dans la classe 9 réservée aux maladies parasitaires, on ne trouve point décrits : l'impétigo, la furonculose, l'anthrax, le lupus vulgaire et la tuberculose, la syphilis, la lèpre, la morve, le rhinosclérome, etc.

Depuis 1888, époque à laquelle parut la première édition, jusqu'à ce jour, de nombreux travaux (Congrès de Paris, 1889, de Vienne, 1892) sont venus modifier non seulement des questions de détails, mais l'esprit même de nos connaissances dermatologiques. Il était donc nécessaire au Dr Crocker de remettre au point son premier travail. Cela explique les nombreuses modifications apportées, et les deux cents pages ajoutées à la première édition.

Parmi les articles nouveaux, les principaux ont pour titre : Érythème induré ; Hydroa vacciniforme et éruptions estivales récurrentes ; Pityriasis rubra pilaris ; Maladie de Morvan ; Maladie de Darier ; Angiome serpigineux ; Angiokératome ; Ulcères des pays chauds ; Dermatite séborrhéique ; Adénome sébacé ; Actinomycose ; Dermatite exfoliatrice épidémique.

En outre, les chapitres suivants ont été modifiés et augmentés : Érythème calorique ; Parakératosis variegata ; Éruptions médicamenteuses ; Gangrène multiple des adultes ; Acanthosis nigricans ; Kystes dermoïdes multiples ; Comédons en groupe ; Maladie congénitale fibro-sébacée ; Plique ; Folliculite décalvante.

Comme on le voit, un grand nombre de ces additions concernent des sujets qui ont été spécialement étudiés en France.

Les travaux récents propres à la dermatologie anglaise, et qui servent de base à certaines divisions de ce traité, ont été analysés en leur temps dans ce recueil. Nous y renvoyons les lecteurs, nous réservant de rappeler ici les principales divergences qui existent entre les doctrines généralement professées en France et l'enseignement du savant dermatologiste anglais.

L'auteur ne prend point parti dans plusieurs questions dogmatiques qui ont été fort discutées dans ces dernières années. En ce qui concerne le pityriasis rubra pilaris, le lichen ruber acuminatus de Hebra, et le lichen planus, il ne se prononce point. Il rappelle simplement les débats, donne les opinions des principaux maîtres, et décrit ces affections dans trois chapitres différents, sans engager sa propre autorité. Au reste, dit-il, le pityriasis rubra pilaris et le lichen ruber acuminatus de Hebra sont des maladies pour ainsi dire inconnues en Angleterre, sur la nature desquelles un dermatologiste anglais ne peut guère se prononcer.

Par contre, M. Crocker affirme nettement que l'hydroa vacciniforme de Bazin, *sive* hydroa puerorum de Unna, actuellement rangé dans la dermatite de Duhring et considéré comme une variété de cette affection par la grande majorité des auteurs, est une affection indépendante.

Cette affection est décrite en effet dans un chapitre spécial, sous l'épithète : Hydroa vacciniforme estival. « Un des principaux caractères différentiels de l'hydroa vacciniforme, dit l'auteur, réside dans la production de cicatrices consécutives à l'éruption. Il y a peu d'éruptions laissant des cicatrices qui pourraient donner lieu à quelque erreur; ce sont : les maladies strumeuses de la peau, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux et la syphilis. »

Dans le paragraphe consacré au diagnostic de l'hydroa vacciniforme, l'auteur insiste aussi sur les signes qui distinguent cette affection de la xérodermie pigmentaire, et le termine sans parler de la dermatite de Duhring.

A la page 207 nous lisons ceci : « Duhring considère l'impétigo herpetiformis comme une variété de la dermatite herpétiforme... ; je ne puis souscrire à une semblable opinion... ; » et plus loin, page 218 : « Duhring a un peu modifié ses vues à ce propos depuis le mémoire de Kaposi. »

Ces deux phrases ne concordent pas, et montrent au moins que l'auteur n'interprète pas la nouvelle opinion de Duhring dans le sens d'une modification absolue et complète. Cependant, on se souvient qu'au Congrès de Paris, en 1889, M. Brocq fut chargé par le professeur Duhring de communiquer une lettre, dans laquelle le savant dermatologiste américain déclarait de la façon la plus nette qu'il avait changé d'avis, que l'impétigo herpetiformis de Hebra et sa propre dermatite devaient être considérés comme deux affections distinctes. Depuis, le sujet a été l'objet de controverses entre MM. Sherwell et Brocq.

Dans le chapitre intitulé « seborrhœic dermatitise » (synonyme : eczéma séborrhéique de Unna), l'auteur pense comme la plupart des dermatologistes français que Unna donne à son eczéma séborrhéique une expression trop

vaste et ajoute que la dermatologie perdrait à accepter sans réserve les théories du dermatologiste de Hambourg.

Le lichen circonscrit (névrodermite circonscrite actuelle de Brocq et Jacquet) est décrit comme une variété d'eczéma papuleux. D'ailleurs, l'auteur ne mentionne pas les travaux français de ces dernières années, concernant les névrodermites, la lichénification, le prurigo.

M. Crocker est un des rares dermatologistes anglais qui, avec Hutchinson, acceptent la nature contagieuse de la pelade au moins pour une forme de cette affection. Comme Hutchinson aussi, il pense que la pelade est fréquemment en rapport direct avec la teigne tondante, et même, à son avis, la pelade est souvent une suite de la trichophytie du cuir chevelu ; « une garde-malade, dit-il (p. 763), âgée de 35 ans, était atteinte de teigne tonsurante à la nuque, juste à la racine du cuir chevelu. J'obtins avec peine la guérison, au moins en apparence ; mais un ou deux mois après, elle revint me trouver avec une plaque de pelade à la tempe. Une autre dame, âgée de 30 ans, est venue me consulter pour une plaque de pelade. Elle désirait savoir si c'était la teigne, ayant elle-même été en contact avec un enfant atteint de teigne ».

Il était intéressant de rappeler cette importante et originale opinion de l'auteur sur l'étiologie de la pelade. D'ailleurs, sur la trichophytie aussi bien que sur la pelade, la doctrine professée s'écarte de l'opinion généralement reçue. D'après l'auteur, la teigne tondante non traitée peut persister indéfiniment. Elle peut, dans quelques cas très rares, débuter et évoluer chez l'adulte (p. 812).

Nous ferons remarquer à ce propos que la pelade à cheveux fragiles, cette affection du cuir chevelu considérée en France comme distincte de la trichophytie du cuir chevelu, mais qui objectivement ressemble à la trichophytie et pourrait (à défaut du contrôle histologique) être si aisément confondue avec elle, n'a pas été individualisée par l'auteur.

Il nous est difficile d'énumérer les articles qui, par l'excellence des descriptions et leur rigueur scientifique, méritent une étude spéciale ; la liste en serait trop longue. Mais nous ne pouvons passer sous silence les chapitres remplis d'aperçus originaux concernant les lésions cutanées dans l'enfance, les maladies des pays chauds, des colonies anglaises, et les nombreuses questions d'anatomie pathologique. Le livre enfin se termine par un excellent résumé des formules et indications de la thérapeutique, fort utile à consulter en raison de son caractère pratique.

Louis Wickham.

A. Ducrey et A. Reale. — **Contribuzione allo studio dell' erythrasma, richerche cliniche e sperimentali.** Brochure in-8° de 72 pages. Naples, 1893.

L'érythrasma est une affection bien définie cliniquement, dans les squames de laquelle on trouve constamment et en grande abondance un épidermophyte spécial ; ce champignon répond aux caractères depuis longtemps reconnus comme appartenant en propre au microscoporon minutissimum et ne peut être, malgré l'analogie de ses seuls caractères microscopiques, confondu avec les autres épydermophytes qui s'observent sur

la peau humaine. La constance et l'abondance avec lesquelles on le rencontre dans les squames et, plus encore, les résultats positifs obtenus dans les essais d'inoculation des squames sont indubitablement des données suffisantes pour faire présumer sa signification d'élément causal et pathogène.

La culture du microsporon minutissimum dans les milieux nutritifs artificiels n'avait pas encore été obtenue jusqu'ici. Le parasite cultivé par P. de Michele n'est pas pour les auteurs un microphyte, mais un des schizomycètes qui vivent accidentellement sur la peau humaine.

Ducrey et Oro sont parvenus, en partant des squames de l'érythrasma, à isoler en cultures pures, avec beaucoup de difficultés et seulement après de très nombreuses tentatives, un microphyte dont les caractères se rapportent parfaitement dans tous leurs détails à ceux du parasite existant constamment dans les squames elles-mêmes. En étudiant la biologie de cet épidermophyte, ils sont arrivés à en reconnaître plusieurs variétés, se distinguant entre elles moins par leurs caractères microscopiques que par leur morphologie grossière et par leur mode de développement sur les divers milieux nutritifs.

Le champignon *a* se développe surtout bien sur le liquide de Cohn, sur lequel il forme une couche cotonneuse d'un blanc sale, tendant au jaunâtre, qui se recouvre très lentement d'une poudre blanchâtre analogue au crépi des murs. Sur la pomme de terre, son développement ne commence qu'au bout de quarante-huit heures ; il forme au début une légère saillie arrondie, de coloration blanche tournant au jaune paille, à surface uniforme et mate, de consistance assez ferme ; au bout de trente-six heures, la colonie devient d'un jaune plus intense et se recouvre au quatrième jour d'une couche d'un blanc de neige, tomenteuse, comme un duvet très court et très serré ; les jours suivants, la culture devient plus compacte, elle prend une couleur blanc sale, qui devient graduellement blanc cendré puis gris métallique, la surface perd son aspect homogène, devient irrégulière et se divise en masses granuleuses ; à partir du troisième jour, la pomme de terre prend peu à peu une teinte plombée avec une bordure un peu plus claire au voisinage de la colonie ; l'odeur de la culture rappelle celle des moisissures.

Le champignon *b* se développe dans la décoction d'orge ou sur l'agar à l'orge. Dans la décoction d'orge, il forme à la surface du liquide de petits disques de consistance cotonneuse, d'un blanc grisâtre, qui se recouvrent de grains poudreux blanc sale, jaunâtres à leur surface inférieure. Sur l'agar à l'orge, les petites colonies, souvent souillées de schizomycètes à leur surface, s'enfoncent dans l'agar et forment de petites capsules un peu plus larges qu'un grain de millet. Transporté sur la pomme de terre, le champignon forme, au bout de vinqt-quatre heures, de très petites colonies d'un jaune pâle, ressemblant à des grains de lycopode, assez consistantes ; le lendemain, et souvent déjà au bout de trente-six heures, les colonies se recouvrent d'une couche blanc sale, tomenteuse ou poudreuse ; cette couche se dessèche rapidement et, quand les colonies se réunissent, leur surface est inégale, de couleur jaune sale, ressemblant à une couche sèche de ciment hydraulique ; on voit alors, à la périphérie des taches de dimen-

sions moyennes, une étroite zone de couleur plus blanche un peu tomenteuse ; au bout de quelques jours, sur la couleur sale de la périphérie, devenue comme crétacée, apparaissent quelques crevasses à travers lesquelles on aperçoit la couche basale de la culture, de couleur brune, presque noire ; la pomme de terre prend souvent dans la profondeur une coloration très brune.

Le champignon *c* se développe de préférence sur le liquide de laine alcalin, sous forme de petits disques cotonneux blanc sale, tendant au jaune, donnant à première vue l'aspect de gouttelettes de graisse, à la surface desquels se produit lentement une poudre d'aspect granuleux, d'abord blanchâtre, puis blanc verdâtre, et par places d'un vert très accusé. Ce champignon ne se développe pas sur la pomme de terre.

Nous n'avons, dans cette analyse, résumé que les caractères de cultures, sur les milieux de prédilection de chaque champignon et sur la pomme de terre. Les auteurs ont étudié le développement des champignons sur de nombreux milieux ; ne pouvant entrer dans le détail de ces descriptions, nous renvoyons au mémoire original les lecteurs qui voudraient approfondir le sujet, de même que pour les caractères microscopiques des trois champignons.

Les auteurs ont fait chez l'homme quelques tentatives de reproduction de l'érythrasma au moyen de l'inoculation des cultures ; mais quoique ces tentatives aient donné des résultats positifs, ils déclarent qu'elles demandent à être répétées, plusieurs mois au moins étant nécessaires pour étudier les phases successives des lésions obtenues expérimentalement.

Avant de se prononcer sur l'unicité ou la pluralité du champignon de l'érythrasma, Ducrey et Oro, convaincus du pléomorphisme des champignons, croient nécessaire de continuer leurs études pendant un certain temps.

GEORGES THIBIERGE.

L. DUNCAN BULKLEY. — **Syphilis in the innocent** (syphilis insontium). New-York. Bailey et Fairchied, in-8°, 1894.

L'idée de réunir en un ouvrage l'histoire de la syphilis extragénitale devait à coup sur être exécutée un jour ou l'autre, et c'est notre confrère américain qui l'a le premier réalisée avec un luxe de détails et d'érudition tel qu'il semble avoir épuisé la matière. Son livre est, en même temps qu'un livre didactique, un véritable traité de bibliographie. Jamais nous n'avons vu pareil travail de patience et une telle minutie d'informations ; et quand on sait quel labeur représente un index bibliographique un peu complet, on ne peut qu'admirer avec étonnement l'œuvre de M. Duncan Bulkley et se demander même comment il lui a été possible de réunir matériellement un tel amas de documents. La partie bibliographique seule assurerait l'utilité et le succès du livre ; mais le texte qui la précède ne mérite pas moins nos éloges. Peut-être le titre choisi par l'auteur n'est-il pas tout à fait exact ; nous comprenons bien qu'il a voulu montrer ainsi combien souvent la syphilis n'était pas une « maladie vénérienne », d'où son appellation de *syphilis insontium* ; mais puisqu'il limite son étude à a syphilis contractée « sine coitu », laissant de côté la « syphilis inson-

tium, hereditaria et e coitu legitima », il était bien plus simple de donner pour titre à son livre « la syphilis extragénitale »; sans compter que l'appellation de « syphilis pravorum », pour parler comme l'auteur, ne saurait s'appliquer seulement à la syphilis née d'un « coït illicite », car bon nombre de chancres extragénitaux sont vénériens au premier chef.

Ceci dit, nous n'avons plus qu'à louer le plan et l'ordre qui ont présidé à la rédaction de l'ouvrage. Après l'étude des chancres extragénitaux suivant leur siège, vient celle des modes de contamination, et nous ne croyons pas qu'il soit possible d'être plus complet dans le détail. Si nous ajoutons que M. Duncan Bulkley a eu la patience de réunir en un tableau 110 faits d'épidémie de syphilis par vaccination, par tatouages, ou cautérisations de la trompe d'Eustache etc. ; dans un autre 7,123 cas de chancres ; sur lesquels 353 d'extragénitaux pour montrer le rapport de nombre de ceux-ci aux chancres vénériens ; enfin dans un troisième tableau, 9,058 chancres extragénitaux répartis suivant leur siège, on aura l'idée de la richesse documentaire de ce livre qui sera consulté d'une facon indispensable par quiconque aura désormais à s'occuper de la syphilis extragénitale. H. F.

Paul Raymond. — **La syphilis dans l'allaitement, hygiène et prophylaxie**, 1 vol. in-8°, Paris, Rueff.

L'Académie de médecine ayant mis au concours cet important sujet d'hygiène, ce fut le mémoire de notre distingué collaborateur, Paul Raymond, qui remporta le prix. Il était difficile, en effet, de traiter avec plus de compétence cette question si délicate. Divisé de la façon la plus claire en chapitres correspondant à chacun des cas en présence desquels le médecin peut se trouver, soit qu'il ait à protéger un nourrisson contre une infection venant de sa nourrice, soit que, comme cela se pose plus souvent en clientèle, ce soit la nourrice qui doive être défendue contre le nourrisson, le petit livre de M. Raymond constitue pour le praticien un guide sûr qui l'éclairera dans des circonstances parfois bien épineuses et lui permettra d'appuyer le parti qu'il choisira sur l'opinion des maîtres les plus compétents. Tous les travaux parus sur le sujet dans ces vingt dernières années, et notamment les nombreuses communications ou leçons que lui a consacrées M. le professeur Fournier, sont reproduits et analysés, ainsi que les discussions qui ont eu lieu récemment, tant à l'Académie de médecine de Paris que dans les sociétés étrangères, notamment en Russie. De l'étude et de la comparaison des mesures proposées de divers côtés, l'auteur a extrait et rédigé une sorte de petit code dont la connaissance et l'observance rigoureuse contribueront à faire disparaître, sinon à atténuer dans d'énormes proportions, cet important facteur de la « syphilis des innocents ». H. F.

IIe Internationaler dermatologischer Congress abgehalten in Wien, in Jahre 1892, Bericht über die verhandlungen verfasst von Dr Gustaa Riehl, gr. in-8 cart. Wien 1893.

Si les comptes rendus du second Congrès international de dermatologie se sont fait un peu désirer, du moins n'aurons-nous rien perdu pour attendre;

car le volume qui les renferme, enveloppé de son élégant cartonnage, se présente sous un aspect des plus séduisants. Son étendue est à peu près la même que celle des comptes rendus du congrès de 1889; c'est donc sur un volume variant de 800 à 900 pages que devront vraisemblablement compter désormais les secrétaires généraux de nos congrès. L'ordre adopté a été, comme dans le précédent volume, celui qui a été suivi dans les séances et qui reproduit le mieux la physionomie d'un congrès. La diversité des langues se fait bien plus remarquer dans ce volume, où les quatre langues allemande, anglaise, française et italienne tiennent une part à peu près égale, tandis qu'à Paris, grâce à la courtoisie et aux connaissances enviables de nos hôtes, la langue française fut à peu près exclusivement employée : ce dont les discussions d'ailleurs profitèrent en étendue et en intérêt. De cette tâche difficile de réunir et de faire imprimer tous ces mémoires de langue différente, le secrétaire général, M. Riehl, s'est acquitté avec succès et nous sommes heureux de le féliciter d'avoir su mener à bien un travail que nous savons très ardu : des notices sur les fêtes et réceptions données à Vienne, sur l'excursion à Budapest, et sur l'exposition annexée au congrès complètent très heureusement la partie scientifique et nous remémorent ces heureux moments déjà si lointains. Et déjà il faut penser au congrès de Londres. H. F.

L. Levi. — **Contributo allo studio delle produzioni cornee del pene.** Broch. in-8° de 32 pages. Gênes, 1893.

L'auteur rapporte une observation de corne développée chez un homme de 19 ans, sur la portion dorsale de la face interne du prépuce et mesurant 2 centimètres et demi de long sur 0,5 de diamètre; à sa base, on trouvait de nombreuses petites saillies verrucoïdes avec quelques très minces cornes terminées par une pointe brunâtre. Ces lésions s'étaient développées depuis trois mois, sans douleur.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma avec production excessive de tissu corné, ainsi qu'il est de règle dans les cornes cutanées. Les résultats de cet examen sont reproduits dans les planches lithographiées annexées au mémoire.

L'auteur a trouvé dans la littérature médicale onze cas de cornes du pénis; il nous semble que cette liste est loin d'être complète et tout au moins y a-t-il à y joindre le cas de M. Chauffard dont le moulage existe au musée de l'hôpital Saint-Louis. Georges Thibierge.

A. Ducrey et M. Oro. — **Contribuzione alla istologia patologica, etiologia e patogenesi del condiloma acuminato.** Brochure in-8° de 55 pages. Naples, 1893.

Les auteurs résument ainsi ce travail, basé sur l'étude de 86 cas de végétations des organes génitaux et de l'anus :

Le condylome acuminé appartient à la classe des papillomes.

La clinique justifie l'hypothèse de sa nature parasitaire.

Les recherches bactériologiques et expérimentales ont donné des résultats négatifs.

L'étude histologique de la lésion démontre la présence d'éléments dont la signification est équivoque, analogues à ceux que quelques auteurs ont considérés dans divers processus (épithélioma, molluscum contagiosum, maladie de Paget, maladie de Darier, etc.) comme des formes parasitaires animales de la classe des sporozoaires.

Si ces éléments, considérés comme de nature parasitaire dans ces divers processus morbides, étaient démontrés tels par des recherches ultérieures et si surtout on réussissait à les cultiver artificiellement et à reproduire avec eux la forme clinique d'où ils proviennent, le condylome acuminé qui renferme les mêmes éléments devrait également rentrer dans le groupe des affections désignées sous le nom de psorospermoses.

GEORGES THIBIERGE.

Medico-chirurgical Transactions, t. LXXIV et LXXV. London, 1891 et 1892.

On connaît l'importance et l'intérêt de cette publication annuelle de la *Royal medical and chirurgical Society*, de Londres. Les mémoires de chirurgie pure l'emportent quelque peu dans ces deux derniers volumes sur les travaux médicaux, et parmi ceux-ci un petit nombre est relatif à notre spécialité. Citons dans le volume LXXIV un mémoire de BOWLBY sur treize cas de maladie de Paget et les rapports de cette maladie avec les psorospermoses ; et, dans le volume LXXV, plusieurs notices sur l'actinomycose, encore que presque toutes aient trait à des lésions d'organes internes.

H. F.

NOUVELLES

Du 14 au 16 mai, se tiendra à Breslau le quatrième Congrès de la Société allemande de dermatologie. Cette importante réunion donnera lieu à la discussion de trois grandes questions générales : *Les systèmes modernes dermatologiques*, rapporteur, M. KAPOSI ; *État actuel de la question des dermatomycoses*, rapporteur, M. PICK, avec présentation de cultures ; *La gonorrhée*, ensemble de questions traitées par GRUNFELD, JACOBI, JADASSOHN, WEISSER, etc. ; il y aura en outre un grand nombre de communications particulières et de présentations de malades.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

GANGRÈNES DISSÉMINÉES ET SUCCESSIVES DE LA PEAU D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

Par le Dr **Bayet**, agrégé suppléant à l'Université de Bruxelles, aide-clinique à l'hôpital Saint-Pierre.

I

Jusqu'ici les cas de gangrènes disséminées de la peau comptent parmi les raretés dermatologiques et, depuis les cas de Sangster (1) et de Doutrelepont, les observations ne se sont guère multipliées. Cependant il en existe une dizaine de descriptions dans la littérature médicale, descriptions dans lesquelles il est parfois difficile de reconnaître le processus essentiel, celui qui donne à la maladie son type spécial. Certains de ces cas ont été rangés parmi les zonas gangréneux, d'autres parmi le pemphigus neuroticus, d'autres enfin ont été décrits sous le nom d'urticaire gangréneuse. La raison de ces divergences de nomenclature réside d'abord dans l'extrême rareté de cette affection et dans la prédominance de tel ou tel symptôme dans chaque cas particulier.

Nous avons eu l'occasion d'observer de très près (2), un cas typique de gangrène disséminée de la peau chez un homme nettement hystérique et nous avons pu voir, sous nos yeux, évoluer toutes les lésions de la gangrène superficielle et disséminée. C'est pourquoi, nous croyons utile de relater cette observation dans tous ses détails.

Mais, auparavant, jetons un coup d'œil sur les quelques cas analogues signalés dans la littérature médicale. Le premier en date est celui de Sangster : le sujet était un malade jeune, de tempérament nerveux; pendant trois ans, il se produisit chez ce malade une série d'escarres gangréneuses disséminées sur le tégument. L'auteur donna à la maladie le nom de « neurotic excoriation of the skin ».

Puis vient un cas de Neumann, présenté à la Société de médecine de Vienne en mai 1882. C'était une jeune fille de 18 ans, qui avait eu cinquante-neuf plaques de gangrène superficielle réparties sans ordre sur tout le tégument cutané. Ces plaques n'avaient aucun rapport

(1) SANGSTER. *Transactions of the international Congress.* (Londres, 1881, t. III, p. 18 (cité par Renaut).

(2) Observation recueillie dans le service de M. le professeur Desmet, à l'hôpital Saint-Pierre.

avec les territoires nerveux; elles avaient des dimensions variables (2 à 4 centim. de diamètre) et leur apparition était précédée d'une sensation de brûlure. La plaque gangréneuse paraissait se produire sur un territoire légèrement hyperhémié avec transsudation séreuse. Neumann rapprocha cette lésion du zoster gangréneux, assimilation absolument forcée, étant donnés les autres caractères cliniques du zoster (unilatéralité, évolution cyclique, etc.).

C'est seulement depuis le cas de Doutrelepont (1) que la maladie a été bien comprise et placée à son rang véritable. Ce cas présente d'autant plus d'intérêt que l'autopsie a permis le contrôle de l'observation clinique. La malade était une femme profondément hystérique, comme notre sujet; le point de départ de l'affection avait été un traumatisme insignifiant (piqûre d'épingle au pouce gauche). Les plaques gangréneuses étaient disséminées sur tous les points du corps ; et les cicatrices consécutives avaient l'aspect kéloïdien. Plus tard, la malade ayant succombé à une affection intermittente, l'autopsie fut pratiquée et ne donna que des résultats négatifs (2).

En 1890, Renaut (3) publia un cas de gangrène successive et disséminée de la peau qu'il qualifie d'urticaire gangréneuse ; ici, c'était l'élevure urticarienne qui constituait l'élément clinique prééminent ; le malade offrait du dermographisme très accentué ; les escarres apparaissaient au niveau de la partie anémiée de l'élevure urticarienne.

Presque en même temps, Rothmann (4) donnait la description d'une gangrène multiple de la peau qu'on peut rapprocher des précédentes : il n'y a qu'une différence, c'est que, tandis que tous les malades dont l'observation est relatée dans cette courte récapitulation étaient des individus jeunes, à tempérament névropathique, dans le cas de Rothmann, il s'agissait d'une femme de 64 ans.

En 1891, j'ai publié un cas de gangrène disséminée de la peau que j'ai rattaché également au type du zoster gangréneux hystérique et qui, actuellement, me paraît devoir être distrait du groupe des zonas pour se rattacher de plus près aux gangrènes hystériques et au groupe des destructions dermo-épidermiques d'origine nerveuse (5).

Il y a un an, Max Joseph a décrit un cas absolument semblable au nôtre comme évolution et, chose remarquable, comme cause occasion-

(1) Doutrelepont. *Acute multiple Hautgangrän*, 23 novembre 1885.

(2) Doutrelepont. Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von acuter multiple Hautgangrän. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1890, B. II, p. 219.

(3) Renaut. Sur une forme de gangrène successive et disséminée de la peau : l'urticaire gangréneuse. *Médecine moderne*, 1890, n° 9.

(4) Rothmann. Demonstration eines Falles von multipler Hautgangrän. *Deutsche medicin. Wochensch.*, 1890, n° 23.

(5) Bayet. Contribution à l'étude du zoster gangréneux hystérique. *Journal des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1891.

nelle. Le traumatisme initial était, comme dans notre cas, une brûlure superficielle par l'acide sulfurique.

En 1893, parurent deux observations, l'une de Singer, l'autre de Quinquaud. Dans l'observation de Singer (1), il s'agissait d'une gangrène spontanée d'origine hystérique survenue chez une jeune fille, à la suite d'une légère coupure. L'auteur exclut la possibilité de la simulation, en raison de l'absence de tout trouble réactionnel au pourtour des plaques gangréneuses et de l'apparition ultérieure d'un zoster gangréneux.

Le cas de Quinquaud (2) se rapporte à un homme, blessé à la main par l'explosion d'une machine à vapeur, et présentant à la suite de cet accident des ulcérations sur la main et l'avant-bras avec troubles de la sensibilité. Quinquaud se prononce nettement pour l'origine trophique de ces lésions.

Tels sont les cas que j'ai pu réunir dans la littérature médicale ; comme on le voit, ils ne sont pas très nombreux ; ils présentent presque tous certains caractères particuliers, qui ont pu faire croire à des maladies différentes. Ce qui, à notre sens, domine toute leur histoire, c'est la dépendance étroite des lésions vis-à-vis des troubles de l'innervation et le cachet d'hystérie locale que, tous, ils présentent à un certain degré.

II

Notre malade est un garçon de 19 ans, bien bâti, au teint coloré. Il exerce la profession de garçon droguiste.

Sa mère a eu seize enfants dont sept sont morts en bas âge. Il n'a jamais été malade, n'a pas eu de convulsions pendant l'enfance. Il n'a jamais eu la syphilis ; il n'a jamais quitté son pays. La seule chose dont il se plaint est un certain état de nervosité qui se traduit par un spasme spécial survenant une heure après les repas. Ce spasme consiste dans un brusque mouvement de recul.

Il y a deux mois, en manipulant de l'acide sulfurique, il se fit une brûlure à la face antérieure du bras gauche, un peu au-dessus du poignet. Cette brûlure était superficielle, mais elle donna lieu à un écoulement de sang assez abondant et provoqua de vives douleurs. Elle guérit au bout de douze jours.

Deux jours après cet incident, apparurent, au niveau de la face externe du pouce, des plaques recouvertes d'une croûte sèche ; cette croûte tomba bientôt, laissant à nu une ulcération superficielle qui mit deux mois à se cicatriser. Pendant les neuf jours qui suivirent l'apparition de cette escarre,

(1) G. SINGER. Ueber Spontangangrän und simulation bei Hysterie. *Wiener medicin. Presse*, 1893, n°s 25 et 26.

(2) QUINQUAUD. Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras, consécutives à un traumatisme. *Société franç. de dermatologie et de syphiligraphie,* séance du 9 mars 1893.

il se produisit, sur l'avant-bras gauche, 21 ulcérations arrondies, grandes comme une pièce d'un franc. Quelques-unes, plus allongées, avaient presque 5 centim. de longueur. Ces plaies furent soumises à un traitement indifférent, et c'est dans cet état que le malade nous arriva à l'hôpital.

Toutes ces ulcérations se trouvaient sur des points du tégument qui n'avaient pas été en contact avec l'acide sulfurique.

Sur l'avant-bras et sur la main, on observe tous les stades d'évolution du mal. Il existe une vingtaine d'ulcérations, les unes récentes, les autres déjà cicatrisées.

Une plaque toute récente, siégeant sur l'annulaire, nous présente le premier stade d'évolution. C'est une escarre brune, superficielle, peu épaisse, à bords nettement découpés. Elle est sèche, sans odeur, sans aréole inflammatoire au pourtour. Cette escarre, très superficielle, paraît n'intéresser que l'épiderme ou tout au plus la couche papillaire du derme.

A d'autres endroits, l'escarre est tombée et l'ulcère est à nu ; des granulations se forment dans le fond et la cicatrisation se produit après un temps variable, mais relativement long.

A d'autres places, on voit des taches brunâtres, fortement pigmentées, résidus du processus de réparation dont la couche épidermo-papillaire est le siège. Quelques ulcères cependant ont donné lieu à une cicatrice vraie, très superficielle ; mais, à beaucoup d'autres endroits, ce qui persiste à la place de l'ulcère n'est pas une vraie cicatrice, mais une zone hyperpigmentée, sans tissu cicatriciel sous-jacent.

Enfin, la réparation de ces ulcères est souvent irrégulière : sur les régions hyperpigmentées se produisent brusquement des bulles séro-sanguinolentes, analogues aux bulles de pemphigus ; quand on les crève, on met à nu une surface fongueuse et saignante. Enfin la cicatrisation prend parfois un type nettement chéloïdien.

La peau qui sépare ces diverses lésions est absolument saine et a son aspect habituel. Elle n'est pas dermographique.

Les phénomènes subjectifs qui accompagnent l'apparition et le développement de ces ulcères sont assez marqués ; deux jours avant la production du placard, le malade ressent à l'endroit où doit apparaître l'ulcère une sensation de brûlure, de picotement et de lançures. Ces phénomènes subjectifs persistent pendant toute la durée de l'évolution du mal et même après la cicatrisation.

Nous nous trouvions manifestement devant une lésion d'ordre nerveux et nous examinâmes la sensibilité de notre malade.

La sensibilité à la douleur, à la pression, à la température est intacte.

La sensibilité cornéenne est abolie à gauche ; il existe une anesthésie pharyngienne profonde.

L'examen électrique, pratiqué par le Dr R. Verhocque, donna les résultats suivants : hyperesthésie de tout le bras gauche pour le courant continu et le courant faradique. Au niveau des plaques gangréneuses, la sensibilité est normale, sauf sur deux d'entre elles où il y a anesthésie pour les deux courants.

Les réactions électriques de tous les muscles et de tous les nerfs sont normales.

L'examen de la résistance au courant donne :

Du sternum à la base de la nuque .... 4,000 ohms.
Du sternum à la paume de la main gauche .... 3,700 ohms.
Du sternum à la paume de la main droite .... 3,000 ohms.

Ces résistances sont normales ; l'essai a été fait avec deux électrodes de 3 centimètres de cote et une tension de 10 volts.

Le diagnostic était évident ; nous avions affaire à une gangrène multiple de la peau, occupant le territoire cutané voisin du traumatisme initial et dépendant de l'hystérie.

Avant de passer à l'analyse détaillée du processus, voyons quelle en fut l'évolution. Dans les quinze jours qui suivirent le premier examen, il ne se forma pas de nouvelles plaques, mais les cicatrices subirent de profondes altérations consistant surtout dans l'apparition de bulles sanguinolentes. Puis une certaine amélioration se produisit, les phlyctènes cessèrent d'apparaître quand, quelques jours après, le malade se mit à ressentir de vives douleurs dans le bras gauche : ce fut le signal d'une recrudescence et de l'apparition de nouvelles ulcérations au niveau de la région supérieure de l'avant-bras et de la partie inférieure du bras. L'envahissement du membre fut graduel, allant de l'extrémité de celui-ci à la racine ; quand nous avons perdu le malade de vue, il accusait de vives douleurs au niveau de l'articulation scapulo-humérale. J'ai appris depuis qu'aucune amélioration n'était survenue dans l'état du malade et que les ulcérations avaient continué à se produire.

Voulant me rendre compte de la nature du mal, je fis, le 26 octobre, l'expérience suivante : j'appliquai une petite rondelle de sparadrap de Vigo sur la partie interne et supérieure de l'avant-bras, à un endroit où la peau était saine ; je recommandai avec persistance au malade de ne pas y toucher. Deux jours après, j'enlevai la rondelle : rien ne s'était produit. Quelques jours après, le malade ressentit à ce niveau des douleurs et les sensations habituelles de picotements et de brûlure. A midi, la peau était normale à cet endroit ; à 3 heures de l'après-midi, il se forma, juste à l'endroit où la rondelle avait été appliquée, une escarre allongée, présentant l'aspect des escarres habituelles.

A quelques jours de là, j'eus l'occasion d'être témoin de l'apparition d'une de ces plaques et je pus ainsi suivre minute par minute toute les phases du développement des lésions escarrotiques.

Le 3 novembre, le malade, à son arrivée à la consultation, se plaignit d'une vive douleur, datant de la veille et siégeant à la partie interne et inférieure du bras. Cette douleur s'exagérait par la pression. La peau à ce niveau était absolument normale, sans aucune rougeur. Pendant que le malade attendait qu'on lui fît son pansement,

les douleurs s'accentuèrent et la région inférieure du bras devint le siège d'un petit piqueté rougeâtre. Ce piqueté, analysé à la loupe, se montra composé de petites lamelles épidermiques brillantes, laissant voir par transparence la couleur rouge due à l'élément vasculaire. Tout autour de cette plaque rouge, on aperçoit une quantité de petits points brillants, blancs, analogues, sauf la couleur, à ceux qui forment la plaque ; ces points ressemblaient absolument aux lamelles épidermiques brillantes qui persistent après la guérison du lichen plan.

Au bout de vingt minutes, toute la plaque est vascularisée ; quelques points blancs du pourtour prennent une coloration rouge.

A 10 h. 45 (c'est-à-dire quarante-cinq minutes après le début du phénomène), les douleurs augmentent encore et une nouvelle plaque se forme, de la même manière, dans le prolongement inférieur de la première.

La pression sur le nerf médian éveille de vives douleurs, tant sur le point comprimé que sur le trajet du nerf.

Le lendemain le malade revient ; la plaque est restée très superficielle, elle est le siège d'un piqueté hémorrhagique siégeant aux points où l'épiderme est altéré.

Nous avons assisté à deux reprises à l'apparition de pareilles plaques. Celles-ci n'ont pas eu une évolution complète et la nécrose n'a pas envahi la peau tout entière.

Au dire du malade, cela s'était déjà produit à diverses reprises ; quand, au contraire, la nécrose survenait, c'était seulement deux jours après l'apparition du piqueté hémorrhagique.

III

Récapitulons en quelques mots la succession des phénomènes. D'abord une rougeur diffuse, beaucoup plus étendue que la plaque qui, plus tard, subira la nécrose ; puis, apparition de petits points blancs, brillants, isolés les uns des autres, premier signe de l'altération épidermique. Ceux-ci se transforment bientôt : ils restent brillants, mais prennent une teinte jaune brunâtre. A ce moment, l'hyperhémie active, qui a précédé l'apparition de la plaque, diminue et se limite. Au niveau de ces points épidermiques altérés, se forme un piqueté hémorrhagique. Le processus peut s'arrêter à cette période ; mais d'ordinaire il va plus loin ; les points mortifiés deviennent confluents et finissent par former une escarre continue, très superficielle, de coloration jaune ocre. La chute de cette escarre met à nu une ulcération superficielle qui reste très longtemps avant de se combler. En général, il ne se forme pas de véritable cicatrice ; l'épiderme se régénère, plus mince, moins résistant et présentant une

pigmentation foncée. Cette régénération épidermique est souvent interrompue par la formation de phlyctènes séro-sanguinolentes. Quand le processus a envahi le derme et qu'il se forme une vraie cicatrice, celle-ci prend souvent l'aspect chéloïdien.

La lésion initiale est donc une lésion de l'épiderme, une mortification dont la nature intime nous échappe; la nature de cette lésion est nettement trophique ; l'allure générale n'est pas celle d'une nécrose d'origine vasculaire, dont le mécanisme serait, du reste, tout aussi incompréhensible.

L'affection que nous venons de décrire a de frappantes analogies avec l'hystérie traumatique ; comme celle-ci, elle se produit dans une région siège d'un traumatisme assez douloureux et s'y distribue sans prédilection pour tel ou tel territoire nerveux.

Un point à signaler encore est la lenteur de la réparation. Il y a là un fait commun à beaucoup d'ulcérations de nature trophique ou se produisant sur un terrain dont l'innervation est défectueuse.

Dans ce genre d'affections, ce qu'il faut toujours avoir en vue, c'est la simulation ; celle-ci est parfois si subtile et paraît si peu probable qu'on est tenté de la nier ; nous y avons songé tout le temps de notre observation. Cependant nous avons dû nous rendre à l'évidence : la nature de la lésion, l'uniformité du phénomène, les troubles de la réparation, le peu de réaction inflammatoire étaient déjà de nature à dissiper nos doutes. Après une observation aussi directe que celle que nous avons pu faire, sous le contrôle et la surveillance de plusieurs témoins, l'idée de la simulation n'était plus soutenable.

IV

Il serait évidemment prématuré, n'ayant comme documents qu'un nombre assez restreint d'observations, de vouloir tenter la constitution d'un groupe nosologique, basé sur une description régulière.

Cependant les cas de Sangster, Neumann, Doutrelepont, Kaposi, Rothmann, Quinquaud et les miens ont certains caractères communs.

Tout d'abord, sauf dans un cas, les individus atteints sont jeunes ; ils sont tous d'un tempérament névropathique manifeste ; parfois même, ils portent des stigmates hystériques apparents. Sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque (traumatisme articulaire, piqûre, brûlure, etc.) apparaissent sur divers points du tégument des lésions à caractère gangréneux.

Cette gangrène est précédée de phénomènes vaso moteurs ; tantôt c'est une simple hyperhémie (tel notre cas), tantôt la rougeur s'accompagne d'une légère exsudation (érythème ortié du cas de Neumann), tantôt c'est une véritable urticaire (urticaire gangréneuse de Renaut,

cas de Sangster). Sur un point de ces placards angioneurotiques apparaît un point gangréneux qui s'étend graduellement. Dans deux cas (le nôtre et celui de Renaut), la gangrène était précédée d'un léger piqueté hémorrhagique. Enfin l'escarre produite est toujours superficielle, presque pelliculaire. Elle n'intéresse que les couches superficielles de la peau (escarres épidermo-papillaires); d'autres fois elle est exclusivement épidermique.

La marche de la maladie est assez longue et se fait par poussées successives.

La réparation de ces pertes de substance se fait en général avec une grande lenteur, quel que soit le traitement employé. Le travail de réparation est souvent interrompu par l'apparition de bulles et se fait souvent suivant un mode chéloïdien.

Au point de vue de la place que ces lésions occupent dans la série des dermatoses, nous estimons qu'il faut les placer parmi les processus épidermolytiques, de nature trophique, tout près de certaines variétés de pemphigus.

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE DU MYCOSIS FONGOIDE

Par **E. Leredde.**

(Travail du laboratoire de M. Quinquaud, à l'hôpital Saint-Louis.)

La note que je communique à la Société dermatologique comprend deux parties bien distinctes :

1° Il peut exister, dans le mycosis fongoïde, en dehors des lésions apparentes de la peau, des lésions seulement microscopiques, dans des cas où il n'y a jamais eu d'érythrodermie.

2° Le mycosis fongoïde présente des caractères histologiques qui permettent de le reconnaître au microscope ; plusieurs caractères sur lesquels on n'a pas attiré suffisamment l'attention seront exposés ici.

I

Le malade chez lequel j'ai étudié les lésions non apparentes du mycosis fongoïde a été présenté à la Société de dermatologie, en décembre 1893, par M. Quinquaud. L'observation a été publiée dans le Bulletin de la Société ; aussi n'en donnerai-je ici que le très bref résumé.

Résumé de l'observation de P..., 35 ans, cocher, entré le 3 avril 1893 à la salle Cazenave.

Début par une plaque isolée de l'avant-bras en juillet 1893, — 6 mois après, apparition de plaques nouvelles sur les bras et sur les avant-bras, les cuisses. En juin 1893, plaques sur le tronc.

Les plaques actuelles (avril 1894) sont à des phases différentes : les unes arrondies, consistantes, rose violacé avec plis de la peau exagérés ; les autres en voie de cicatrisation centrale. Le nombre de ces plaques est assez limité. Dans leur intervalle il n'y a aucune lésion. Les muqueuses labiales offrent des saillies épaisses de nature mycosique.

A aucune période de sa maladie, le malade n'a eu de lésions cutanées généralisées, se rattachant soit à l'érythrodermie mycosique, soit à toute autre affection. Même les lésions existantes paraissent peu mobiles, il y a eu deux ou trois poussées ; au moment où l'observation a été publiée, les plaques étaient toutes à une période de régression cicatricielle centrale.

Un fragment de peau, absolument sain en apparence, à distance de

tout élément mycosique, fut enlevé à la face externe du bras droit. Ce fragment, après fixation par le sublimé, fut inclus dans la paraffine. Coloration par l'hématéine et l'aurantia, la thionine phéniquée, le réactif de Biondi.

Sur les coupes, de place en place, on voit, au niveau du réseau sous-papillaire, des amas de noyaux groupés en foyers arrondis ou allongés, au centre de ceux-ci on retrouve souvent des vaisseaux; en dehors des foyers, les vaisseaux sont parfois entourés de manchons cellulaires assez épais.

Dans les foyers, les vaisseaux sont dilatés, leurs cellules endothéliales sont mises en évidence. Tout autour, on voit des cellules à gros noyau ovalaire, à prolongements multiples, ayant les caractères des cellules fixes du tissu conjonctif, et des éléments beaucoup plus petits à noyaux un peu irréguliers, très colorables. Par le réactif de Biondi, *on met en évidence un reticulum*, dont les nœuds sont occupés par les cellules fixes, et les cavités par les petites cellules. En dehors des foyers, on trouve autour des vaisseaux des éléments qu'on peut également distinguer en deux groupes, cellules fixes nombreuses, cellules à petit noyau très foncé.

Ce qui accuse les lésions, et empêche de les attribuer à une simple exagération de la diapédèse cutanée normale, c'est, au niveau d'un foyer qui pénètre dans une papille, la présence de lésions épidermiques; entre les cellules de Malpighi, on voit des noyaux allongés ou semblables aux petits éléments irréguliers du derme.

Dans la profondeur du derme, les artères et les veines sont saines. Dans le tissu conjonctif ou près des vaisseaux, surtout dans les couches dermiques superficielles, on trouve des Mastzellen, peut-être en plus grand nombre qu'à l'état normal. Nulle part on ne peut colorer des granulations cellulaires éosinophiles.

Ainsi il existe des lésions de la peau, dermiques avec reticulum et épidermiques, en un point où l'on ne devait soupçonner, par l'examen à l'œil nu, aucune altération. Je n'ai étudié la peau saine en apparence que sur la foi d'idées théoriques. Je crois que beaucoup de lésions cutanées passent inaperçues à l'examen clinique et que, dans beaucoup de dermatoses d'origine interne, la peau est atteinte d'une manière générale, qu'en certains points seulement sa lésion devient perceptible. Du moment qu'il n'y a pas rougeur, due à la congestion, et que l'infiltration néocellulaire est modérée, qu'il n'y a pas d'œdème, on comprend aisément qu'une modification du derme reste latente. Il en est ainsi en particulier dans la syphilis. Bien après la disparition de la roséole, en pleine période secondaire, il est habituel d'observer autour des vaisseaux cutanés une diapédèse intense, même de petits amas cellulaires. J'ai observé ce fait histologique à plusieurs reprises, mais on comprend qu'il faut être très prudent dans l'appréciation des

détails microscopiques, parce que, à l'état normal, il y a toujours diapédèse péri vasculaire dans la peau.

Dans le mycosis, j'ai eu la chance de voir des altérations assez accusées pour être indiscutables, et même vraiment spécifiques dans leur morphologie (présence de reticulum, invasion des couches profondes du corps muqueux par des cellules mycosiques).

Sans doute, des observations semblables à celle-ci devraient être assez nombreuse pour permettre une conclusion générale. Pour le moment, je conclurai simplement que, dans quelques cas à lésions cutanées localisées, le mycosis se révèle comme une dermatose généralisée. L'érythrodermie mycosique est l'expression clinique de ce fait.

II

L'étude microscopique du mycosis fongoïde n'est pas terminée. Ainsi, dans son important travail, M. Philippson nie l'existence du reticulum, qu'on admettait généralement avant lui, et rattache les amas cellulaires à la prolifération des éléments fixes du derme, repoussant toute intervention d'éléments lymphatiques. Les contradictions entre ces recherches et les travaux antérieurs m'engagèrent à étudier à nouveau la question, mais en employant une technique non employée encore.

Les fragments cutanés ont été fixés dans le sublimé, inclus dans la paraffine, colorés par l'hématéine et l'aurantia ou la thionine phéniquée, le réactif de Nikiforoff, le réactif de Biondi. La coloration par l'hématéine et l'aurantia met en évidence le noyau et le protoplasma cellulaires ; la théonine, le réactif de Nikiforoff colorent les Mastzellen, le liquide de Biondi colore le tissu conjonctif, le reticulum, les granulations éosinophiles des cellules lymphatiques.

Les pièces examinées proviennent de trois malades, deux que M. Quinquaud a montrés à la Société, en décembre 1893, et un du service de M. Tenneson. Plusieurs biopsies ont été faites sur les malades de M. Quinquaud en des points d'évolution différente de la maladie.

Lésions épidermiques du mycosis. — L'étude des modifications de l'épiderme ne m'a donné aucun résultat nouveau : hypertrophie des cônes interpapillaires, karyokinèse du corps muqueux, présence de noyaux petits, très colorables, entre les cellules épithéliales; tous ces faits sont connus. J'insisterai seulement sur la distribution de ces éléments anormaux dans l'épiderme; on peut en trouver de disséminés partout, mais on ne les voit en abondance que là où les papilles en contiennent un grand nombre, et on peut remarquer alors que la coloration, la dimension, la forme souvent des noyaux, est la même, qu'ils soient dans les papilles ou qu'ils aient émigré dans le corps

muqueux, que le protoplasma cellulaire est difficile à mettre en évidence, et toujours peu abondant. Dans les cas exceptionnels où des leucocytes du type polynucléaire occupent le derme, ce sont ces mêmes leucocytes qu'on retrouve dans l'épiderme, mais régulièrement il s'agit des cellules les plus abondantes dans le mycosis, de *lymphocytes*.

Dans le derme, on trouve des amas cellulaires souvent assez serrés, que j'appellerai amas mycosiques. Leur développement, leur confluence plus ou moins prononcée, varient beaucoup suivant les cas, et il faut d'abord les étudier là où ils sont le plus jeunes. On s'aperçoit alors que toujours ils naissent autour de vaisseaux dilatés du réseau sous-papillaire. Les papilles ne sont envahies que secondairement ; toujours une lésion sous-papillaire accompagne une lésion papillaire, le fait inverse n'existant pas. Cependant, avant la période d'infiltration par des cellules nombreuses tendant à s'agglomérer en petits amas, il existe soit dans le réseau sous-papillaire, soit même dans les papilles, des lésions d'un autre ordre que je décrirai d'abord.

I. *Lésion du corps papillaire précédant l'infiltration mycosique.* — Les papilles sont élargies, très hautes du fait du développement de cônes interpapillaires. Cependant, ni dans leur tissu ni dans le réseau sous-papillaire, on ne remarque de cellules nombreuses. Quelques points seuls du réseau sous-papillaire offrent des amas périvasculaires encore petits.

A cette période, on voit tous les vaisseaux dilatés. Les fentes lymphatiques elles-mêmes sont larges et cependant, quand on colore par le réactif de Biondi, qui met admirablement en évidence les faisceaux conjonctifs, on voit autour des vaisseaux des fibres parallèles nombreuses, plus qu'à l'état normal. Dans les grandes papilles, elles forment de chaque côté, près de l'épiderme, des gerbes parallèles ; au centre de la papille, au contraire, le tissu conjonctif n'est pas serré.

Cette hyperplasie conjonctive s'accompagne d'une prolifération des cellules fixes, qui offrent de gros noyaux ovalaires, souvent à substance chromatique peu serrée. Autour des vaisseaux coupés en travers, on voit souvent une double ou une triple couronne de ces cellules. Parmi elles, sans que, par les réactifs ordinaires, on puisse faire aucune différence, on colore par la thionine phéniquée un très grand nombre de Mastzellen, parfois aussi abondantes que dans certains cas d'urticaire pigmentée à infiltration modérée. Elles ont encore leur noyau et offrent ces longs prolongements en tous sens, chargés de granulations basophiles qui sont leur caractère essentiel. Parfois on les trouve allongées sur le bord d'un vaisseau. En somme, on peut les considérer comme des cellules fixes modifiées. Nous les retrouverons dans les amas mycosiques où elles persistent longtemps.

Sur le bord de la lumière vasculaire, on voit souvent des noyaux

beaucoup plus abondants qu'à l'état normal, ayant le même type que ceux des éléments fixes du tissu conjonctif. S'agit-il d'une prolifération des cellules conjonctives ou d'une multiplication de l'endothélium lui-même? La question est souvent des plus difficiles à trancher, cependant je croirai volontiers qu'à cette phase du mycosis l'endothélium vasculaire se multiplie peu, les vaisseaux étant dilatés et non obstrués. Plus tard, à la période de large infiltration, il n'en sera plus de même.

Le tissu papillaire et sous-papillaire est ainsi préparé à l'infiltration, voyons maintenant comment se fait celle-ci.

II. *Formation des amas mycosiques.* — Si l'on étudie un petit amas mycosique de la région sous-papillaire, après coloration par le réactif de Biondi, on met en évidence le squelette qui en soutient les éléments et qu'on ne peut voir aussi bien par tout autre procédé, ce qui explique pourquoi les auteurs ont tous discuté sur l'existence du reticulum. En réalité, à toute période du mycosis, pour peu qu'autour d'un vaisseau il se produise un amas cellulaire, il existe un reticulum. De ses fibres, les unes s'insèrent au vaisseau, les autres sont en général perpendiculaires aux autres, et on a ainsi des mailles d'un volume à peu près constant.

Les caractères des éléments qui forment les amas mycosiques ne sont nets que lorsque la fixation du fragment biopsié a été parfaite. Mais, à cette condition, et quelle que soit la technique employée pour la coloration, on voit deux sortes de cellules tout à fait différentes. Le meilleur procédé est de colorer par le violet de gentiane aniliné et de décolorer par le liquide de Gram et l'alcool absolu, jusqu'à ce que la coupe ne garde qu'une très légère teinte. Alors les noyaux seuls sont encore colorés. Les uns sont gros, ovalaires, exactement semblables à ceux des cellules conjonctives que nous avons vues dans les papilles; leur substance chromatique est peu serrée, en voie de division karyokinétique parfois. Leur protoplasma offre des prolongements rayonnés. Elles occupent les nœuds du reticulum. Dans les mailles, on trouve des cellules tout à fait différentes, leur noyau est petit, n'a que 4 ou 5 μ de diamètre, celui des précédentes en ayant de 15 à 20. Ce noyau est souvent arrondi, ou bien un peu irrégulier; il se distingue surtout par sa colorabilité excessive; la substance chromatique est très serrée, et on n'y voit pas d'indices de division.

Il est à noter que, dans les amas ainsi formés, on ne trouve plus autour des vaisseaux qu'elles entourent cette accumulation de cellules fixes que nous avons signalée au stade antérieur. Évidemment le reticulum est formé aux dépens des fibres conjonctives périvasculaires et des cellules fixes déjà multipliées. Du reste, sur les nœuds du reticulum, on peut, de place en place, voir des Mastzellen. Quelle est la nature des éléments compris dans les mailles? Par tous leurs détails, ils s'éloignent des cellules fixes.

Quand ils envahissent les papilles, quand l'amas mycosique devient sous-épidermique, ces éléments envahissent l'épiderme, et ce fait, comme l'a fait remarquer M. Darier, permet d'affirmer que ce sont des cellules lymphatiques. Parmi les cellules lymphatiques normales, les lymphocytes offrent exactement les mêmes caractères : ce sont eux qui se trouvent abondants dans tous les processus d'inflammation lente.

Je n'ai pas parlé jusqu'ici des lésions profondes du derme. Elles ne diffèrent pas des lésions du corps papillaire, mais sont beaucoup moins intenses. On peut encore affirmer leur systématisation autour des vaisseaux. Prolifération des cellules fixes, présence de Mastzellen et, dès qu'il y a migration de lymphocytes, formation du reticulum ; rien ne les différencie. Autour des glandes sébacées, les capillaires sont entourés de cellules fixes nombreuses. Jamais les vaisseaux de calibre ne sont atteints. Enfin, dans les fentes interfasciculaires, il y a peut-être plus de Mastzellen qu'à l'état normal.

III. *Stade d'infiltration confluente.* — A un moment donné, tous les vaisseaux sont entourés d'amas mycosiques qui viennent au contact, et l'infiltration tend à s'étendre dans la profondeur du derme, dont les faisceaux conjonctifs normaux sont détruits. On a alors un tissu à peu près homogène, moins serré dans les papilles, qui tendent souvent à s'effacer ; presque toujours l'infiltration y est faible, la présence d'une zone sous-épidermique peu altérée est un caractère propre au mycosis ; on ne l'observe aussi marqué dans aucune autre affection cutanée.

Dans le tissu d'infiltration, on retrouve beaucoup d'orifices vasculaires dilatés. D'autres, au contraire, sont rétrécis et, ici, intervient la prolifération de l'endothélium ; sur des coupes longitudinales des vaisseaux, elle se manifeste par des traînées multiples et parallèles de noyaux allongés. Quelques vaisseaux même sont obstrués.

A cette phase seulement s'observent des cellules géantes. Elles diffèrent de celles de la tuberculose ou de la syphilis, parce qu'on n'y trouve aucune trace de matière caséeuse ; la substance intermédiaire aux noyaux est homogène, hyaline. Les noyaux sont rangés en couronne très régulière tout autour ; tous ces détails, la présence d'autres lésions vasculaires, permettent de rattacher les cellules géantes du mycosis à l'oblitération d'un vaisseau par un coagulum albumineux.

Tout autour des vaisseaux, on retrouve le reticulum colorable par le réactif de Biondi, et les cellules semblables à celles qu'on observe à la période de formation des amas mycosiques. Mais les Mastzellen tendent à disparaître. Elles sont moins nombreuses ; certaines ont perdu leur noyau et, d'une façon générale, leurs prolongements s'atrophient, les granulations basophiles diminuent de nombre. En beaucoup de points, surtout sous l'épiderme, le reticulum s'épaissit.

N'ayant pas eu de pièces à ma disposition, je n'ai pu étudier le mycosis à la phase de tumeur. Je crois cependant que les lésions ne doivent pas être très différentes de celles des stades antérieurs; en effet, les auteurs qui se sont occupés de l'histologie du mycosis n'indiquent pas une divergence essentielle, et si j'ai pu signaler des détails qu'ils n'ont pas observés, je le dois à une technique différente de la technique habituelle.

Cette technique m'a permis, dans un des cas que j'ai étudiés, d'observer des détails histologiques qui m'ont paru surajoutés. Toutes les lésions étaient celles que j'ai décrites, mais il existait dans les papilles et l'épiderme des leucocytes polynucléaires, et on en retrouvait dans les vaisseaux à différents étages de la peau. Simultanément j'y ai vu des leucocytes éosinophiles qui, comme on le sait, sont aussi des globules blancs polynucléaires. Mais, dans ce cas, au sommet des papilles, l'épiderme était très aminci, réduit parfois à une seule couche, et le derme a été envahi par des micro-organismes, que j'ai retrouvés sur les coupes. D'où la présence d'éléments d'inflammation aiguë; on les retrouvera sans doute dans le mycosis à la période d'atrophie épidermique et surtout d'ulcération.

Dans le même cas, j'ai vu de petites hémorrhagies papillaires, c'est là un fait connu dans le mycosis qui s'explique par la congestion, les lésions des parois vasculaires.

Conclusion. — En résumé, le diagnostic histologique du mycosis fongoïde est possible. Il repose sur les caractères suivants :

Prolifération de cellules fixes autour des vaisseaux.

Présence de Mastzellen.

Formation d'amas périvasculaires constitués par un reticulum et comprenant des cellules fixes du tissu conjonctif et des cellules lymphocytiques.

Début de ces amas dans la zone sous-papillaire, invasion tardive et toujours moindre des papilles.

Altérations vasculaires. Cellules géantes d'un type spécial.

Peut-on, d'après ce qui précède, se faire une idée de la nature du mycosis fongoïde? Histologiquement, il ne se rapproche d'aucune lésion dont la nature soit élucidée. Il serait nécessaire d'étudier la lymphadénie par une même technique; je n'ai pu malheureusement le faire, n'ayant pas de pièces à ma disposition.

UN CAS DE DERMATOSE DE KAPOSI

(XERODERMA PIGMENTOSUM)

Par **Zeferino Falcão** de (Lisbonne).

Au mois d'août s'est présenté au service des maladies de la peau qui est sous ma direction, à l'hôpital Saint-Joseph, le malade sujet de cette observation.

Le diagnostic de xeroderma pigmentosum s'imposait, les symptômes, topographie, marche, et les éléments étiologiques se trouvaient en accord parfait avec la description de la maladie de Kaposi, de manière à paraître que le malade a servi de sujet à cette description.

Je me suis décidé à rendre publique l'observation de ce cas, en plus de la rareté de l'affection, par la particularité d'avoir observé le malade à une époque très rapprochée du début de la maladie, puisque l'enfant était âgé de vingt-huit mois la première fois que je l'ai vu.

La maladie n'a pas même parcouru tous les territoires où elle a l'habitude de se fixer, parce qu'une partie du menton, la région antérieure et une partie des régions latérales du cou sont encore indemnes de taches pigmentaires, et elles seront probablement atteintes l'été prochain; cependant le malade présente déjà des lésions appartenant à la troisième période de l'affection.

C'est le premier cas de *xeroderma pigmentosum* enregistré en Portugal.

Suivant la voie indiquée par l'éminent dermatologiste M. le Dr Ernest Besnier (« Si la maladie dépend d'éléments apportés en naissant dans la peau, c'est aux générateurs qu'il faut en rapporter l'origine et c'est là qu'il en faut chercher la source »), je me suis efforcé d'obtenir le plus grand nombre de renseignements sur l'ascendance du malade, même sur la ligne collatérale.

L'enquête m'a démontré que l'héritage morbide de l'enfant est assez riche, puisque la tuberculose et le rhumatisme, probablement la goutte, y figurent d'une façon frappante ; mais je n'ai rien trouvé en rapport direct avec la maladie, si ce n'est le lentigo de ses parents et les dermatoses de sa mère et de quelques membres de sa famille.

Mais l'action de ces éléments étiologiques, je crois, n'ira pas au delà d'établir des conditions favorables au développement de l'affection.

On peut aussi attribuer une certaine influence dans la production de ces conditions aux fièvres palustres, dont le père a souffert pendant six années à plusieurs reprises, car on sait (et en Portugal où le paludisme existe en grand le fait est bien connu) que sur les

individus longtemps sous l'action de la malaria, la moindre excoriation laisse une cicatrice fortement pigmentée.

La pigmentation qu'on remarque sur la région thoracique, près du mamelon droit (voir *État actuel*), indique une prédisposition de l'enfant pour cet ordre de lésions. L'action des rayons solaires comme cause occasionnelle, me semble manifeste.

A quelle époque la maladie a-t-elle commencé? C'est à l'âge de quatorze mois, quand il lui vint sur le front l'érythème suivi de près par l'apparition des taches pigmentaires, etc., ou à l'âge de cinq mois, lorsque la mère a remarqué des télangiectasies sur le centre de la joue?

Cette question serait intéressante à résoudre à cause de l'ordre de succession des lésions vasculaires et pigmentaires.

Si d'un côté l'apparition des télangiectasies, suivie quelques mois après du développement d'une maladie où les télangiectasies occupent une place proéminente, nous mène à la considérer comme début; d'un autre côté, la marche descendante de l'érythème et des taches pigmentaires, en partant du front et faisant invasion successiment sur les territoires situés en bas, nous fait hésiter.

Il est vrai que l'hiver étant venu entre l'apparition des télangiectasies et la manifestation des taches pigmentaires, on peut croire à un arrêt de la maladie qui, pendant cette saison, a l'habitude de stationner et même de s'atténuer, surtout par rapport aux manifestations pigmentaires.

Les soins très délicats que le bas âge de l'enfant à cette époque demandait, pouvaient aussi s'opposer à l'expansion de la maladie, en le protégeant contre les agents extérieurs.

Sans me prononcer ouvertement, je suis toutefois d'avis de reculer le début de la maladie au moment de l'apparition des télangiectasies au centre des joues.

Je crois aussi devoir placer l'inflammation aux yeux, dont l'enfant a souffert à l'âge de huit mois, sous la dépendance du xeroderma pigmentosum.

Le pronostic me paraît excessivement grave vu le rapide développement des formations épithéliales.

La tumeur, qui a été extirpée le 7 septembre, a atteint le volume d'une grosse cerise et est devenue fongueuse dans l'espace d'un mois, à peu près, et la tumeur que j'ai extirpée au moment de l'observation, n'existait pas encore la première fois que j'ai vu le malade; de même aussi les tumeurs lenticulaires, dont il est question dans l'*état actuel.*

En fait de traitement, j'ai conseillé l'usage interne d'une solution de chlorate de potasse, et extérieurement une pommade au précipité blanc de mercure. Le malade prend aussi l'huile de foie de morue aux repas.

L'examen microscopique des tumeurs a révélé qu'elles étaient des épithéliomes pavimenteux lobulés et que les globes épidermiques étaient en connexion intime avec les glandes de la peau.

Dans les coupes colorées selon le procédé décrit par M. Borrel dans son mémoire « L'évolution cellulaire et parasitisme dans l'épithéliome », parmi des formes très variées d'inclusions cellulaires on voyait des corpuscules réfringents ayant l'aspect de coccidies.

S'agit-il de vraies coccidies?

Je crois que les travaux parus à ce sujet ne sont pas encore suffisants à trancher la question, mais qu'ils sont déjà assez importants pour rendre cette hypothèse très vraisemblable. Si des travaux ultérieurs viennent à le confirmer, la dermatologie aura à enregistrer une nouvelle psorospermose : la psorospermose lentiginiforme sous son aspect le plus frappant

Observation. — *Antécédents de famille.* Les parents sont nés dans la province de Beira, mais ils habitent Lisbonne depuis 1881.

Le père, âgé de 30 ans, receveur d'une compagnie, est maigre, mais ne présente pas d'aspect maladif. Il a eu la rougeole, quand il était enfant, des fièvres palustres à plusieurs reprises entre 12 et 18 ans, et la petite vérole il y a trois ans. Il n'a pas eu la syphilis.

Il présente quelques taches de lentigo sur la figure.

La mère, actuellement âgée de 38 ans, ménagère, est faible et un peu anémique. Elle a eu la rougeole, une métrorrhagie et un avortement. Pendant la gestation du malade elle a eu bien des soucis et de vifs chagrins. Quand elle était enfant, si elle contractait un corysa, il lui survenait tout de suite un eczéma de la lèvre supérieure. Depuis quelques années, au printemps, elle éprouve un prurit intense aux avant-bras et aux mains, suivi de l'apparition de vésicules d'eczéma, qui cède facilement, lorsque la saison est passée, pour revenir l'année suivante. Dans une année elle a eu de pareilles manifestations aux oreilles.

Elle présente des taches discrètes de lentigo sur la figure et sur le dos des mains.

Les parents n'ont pas de relations de consanguinité.

Le grand-père paternel est vivant, âgé de 71 ans et a beaucoup souffert de rhumatisme. Depuis son enfance il ne marche pas sans l'aide de béquilles.

La grand'mère paternelle est vivante, âgée de 60 ans ; elle souffre de rhumatisme.

Le grand-père maternel est mort à l'âge de 40 ans, de tuberculose pulmonaire.

La grand'mère maternelle est morte à l'âge de 50 ans. Elle souffrait beaucoup de rhumatisme, ayant des attaques qui la forçaient à garder le lit pendant quelques mois chaque année.

Le père a eu sept frères dont un est mort d'une fièvre palustre pernicieuse, un autre de tuberculose pulmonaire, et ceux qui restent sont bien portants, exception faite d'une sœur qui souffre d'une dermatose squameuse et prurigineuse localisée aux bras et à la région thoracique.

La mère a eu cinq frères, dont trois sont vivants et bien portants et deux qui sont morts : un d'adénite tuberculeuse des ganglions inguinaux, et l'autre de la petite vérole.

Un oncle de son père, souffrant d'une dermatose prurigineuse généralisée, a fait une cure aux eaux de Felguein (sulfo-alcalines) ; la maladie a brusquement disparu, mais le malade, très gros auparavant, a maigri rapidement et il est mort quelques jours après.

A une tante de son père, mais du côté maternel, il est arrivé à peu près la même chose. Elle est morte à la suite de la suppression rapide d'une dermatose très répandue, après avoir fait l'usage des mêmes bains.

Les cousins germains du malade ne présentent pas de symptômes de maladie de la peau.

Il n'y a pas d'affection cancéreuse dans la famille.

Antécédents personnels et début de la maladie. — Le malade est né à terme à Lisbonne et il a toujours vécu en ville, dans une maison dont les conditions hygiéniques sont passables, qui est très ensoleillée et placée dans une rue assez éloignée du port.

Il a eu une alimentation très imparfaite. Il a été allaité par sa mère, pendant vingt-deux mois, mais, quand il avait à peine deux mois, il prenait déjà du bouillon de farine et à cinq mois il mangeait la soupe et quelques mets du repas de ses parents. Quand il avait huit mois, il a eu une forte inflammation aux yeux.

Il a été vacciné à l'âge de neuf mois avec le vaccin suisse (animal). Les boutons ne se sont pas manifestés, mais huit jours après il lui est survenu une éruption papuleuse généralisée, précédée d'une fièvre intense. La fièvre a duré huit jours, en prenant la forme d'accès. L'éruption a duré à peu près quinze jours, toujours papuleuse.

Il a eu à plusieurs reprises des indigestions suivies de vomissements.

A l'âge de dix mois, il a eu de la diarrhée pendant seize jours, avec des selles striées de sang.

Il a eu quelques bronchites.

Il n'a pas eu la rougeole, ni la petite vérole, ni la coqueluche.

La dentition, qui est terminée, s'est faite sans accidents d'importance.

Il n'a pas de frères.

Il avait une peau très blanche et très fine. Seulement, vers l'âge de cinq mois, ses parents se sont aperçus de l'apparition de fines lignes rouges au centre des joues, lesquelles n'ont pas pris un grand développement. Vers l'âge de quatorze mois, au mois de juin de l'année dernière, le front de l'enfant a soudainement pris une coloration rose et l'aspect mat de l'érythème solaire.

L'enfant avait l'habitude de rester longtemps à la croisée, exposé au soleil.

Peu de temps après, l'érythème s'est répandu aux tempes et, en entourant les yeux, a atteint les paupières inférieures. A cette époque-là, on a remarqué sur ces surfaces, des taches pigmentaires tout à fait semblables aux lentigines.

La mère, questionnée à l'effet de savoir si à cette époque elle aurait vu quelques points ou quelques lignes semblables à celles qu'elle avait remar-

quées au centre des joues, a répondu d'une manière affirmative, mais qu'elles étaient peu visibles. Ce qui la frappait davantage c'était l'aspect mat de la peau, tirant au masque des femmes enceintes.

Les taches, ayant le volume d'une tête d'épingle, augmentèrent en nombre et en dimensions, présentant quelques-unes le diamètre de trois ou quatre millimètres, et la coloration est devenue plus foncée, en passant par diverses nuances du jaune et du châtain.

La maladie s'est répandue sur les joues, sur le nez, sur la lèvre supérieure et, à la fin de l'été dernier, elle était bornée à ces régions, et à la surface dorsale des mains et à celle du côté de l'extension des avant-bras.

Pendant l'hiver elle s'est maintenue stationnaire, les taches étant même devenues un peu plus pâles.

L'été de cette année, la maladie a pris sa marche descendante, en faisant invasion sur la lèvre inférieure, le menton et sur une portion des parties latérales du cou.

L'invasion d'une nouvelle portion de la peau par les taches était toujours précédée de coloration rose avec l'aspect mat, tirant sur le sale.

Au mois d'août sur quelques taches se sont formées des excroissances cornées pointues de petites dimensions.

La mère a arraché avec l'ongle l'excroissance la plus volumineuse, qui était placée sur la joue gauche au niveau de l'extrémité supérieure du sillon naso-labial, et il en est resté une petite ulcération. Sur cette ulcération s'est développée une tumeur qui a rapidement pris le volume d'une grosse cerise et est devenue fongueuse.

C'est à cause de cette tumeur, et d'après le conseil de son médecin, qu'elle a amené son enfant à mon service à l'hôpital.

La tumeur présentait les caractères du cancroïde fongueux, et j'ai prié la mère de revenir le lendemain afin de faire l'extirpation et prendre mes notes.

Elle n'est revenue que le 7 septembre, quand j'étais absent, et la tumeur a été extirpée par le chirurgien de garde, qui n'a pas conservé la pièce.

Je n'ai revu le malade qu'au mois d'octobre, et c'est alors que je l'ai fait photographier et j'ai pris l'observation.

État actuel. — A... est un enfant de trente mois, bien développé, et ayant assez d'embonpoint.

Il présente sur la figure, les parties latérales et postérieure du cou, sur le tiers inférieur de l'avant-bras et sur le dos des mains, une coloration vieux rose, avec l'aspect mat, sur laquelle se font remarquer des taches pigmentaires, des télangiectasies et des tumeurs.

La peau est sèche, amincie, âpre au toucher, s'exfoliant en lames fines.

Il n'y a pas d'altération de la sensibilité.

Les taches pigmentaires sont en très grand nombre, différemment distribuées sur les diverses régions et présentant des nuances très variées, en partant du jaune au châtain jusqu'au noir. Dans la même tache, on peut remarquer des tons divers, comme si des taches de couleur et de dimensions différentes s'étaient superposées.

Les dimensions changent beaucoup, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à 5 millim. de diamètre.

La forme est variée, à contours irréguliers, mais la forme circulaire prédomine.

Sur quelques-unes se sont développées des excroissances cornées.

Les télangiectasies sont d'ordinaire punctiformes, en se présentant aussi linéaires, sinueuses, et quelques-unes en forme d'étoile.

Les dépressions atrophiques n'existent presque pas, peut-être à cause de la courte durée de la maladie.

Il sera question des tumeurs en parcourant les diverses régions.

Les lésions sont plus prononcées du côté gauche, et elles se trouvent distribuées de la manière suivante :

Cuir chevelu. — Au bord d'implantation des cheveux, on remarque quelques taches pigmentaires, très discrètes, tout à fait semblables à celles du lentigo vulgaire.

Sur la région fronto-pariétale, on aperçoit des taches saillantes qui au premier abord semblent des taches pigmentaires, mais, détachées avec l'ongle, laissent la peau subjacente sans pigmentation anormale : ce sont des concrétions sébacées communes à la première enfance.

Front. — Des taches en grand nombre, de volume et coloration variés, ayant de plus grandes dimensions et pigmentation plus foncée sur les parties latérales. Sur la partie centrale et un peu à gauche il existe un espace où la peau est moins colorée et où les taches font défaut. Cet espace a été le siège d'un traumatisme, qui a produit une excoriation, laquelle a guéri sans cicatrice.

Sur la région sourcilière les taches sont fauves et en petit nombre. Il n'y en a que trois châtain foncé.

Parmi les taches on remarque quelques télangiectasies sinueuses et plusieurs punctiformes.

Les sourcils sont bien fournis.

Tempes. — Sur la droite, des taches pigmentaires de plus grandes dimensions et de coloration plus accentuée que sur le front, et des télangiectasies linéaires et punctiformes.

Sur le point de réunion de cette région avec la région frontale, à deux centimètres au-dessus du sourcil, il existe une tumeur arrondie du volume d'un gros pois, de coloration égale à celle de la peau voisine.

Elle a été extirpée pour l'examen histologique.

A deux centimètres de cette tumeur, et dans la direction du sourcil, il existe une excroissance cornée pointue placée sur une base légèrement déprimée.

A côté, on remarque une petite tumeur lenticulaire de cinq millimètres de diamètre sur trois millimètres de hauteur.

Sur la gauche, les taches sont plus confluentes, plus grandes et plus foncées. Il y en a plusieurs presque noires et de quatre millimètres de diamètre.

Tout près de l'extrémité du sourcil il existait une excroissance cornée que j'ai écorchée avec l'ongle et qui a laissé une légère excoriationsans différence de niveau appréciable, en rapport avec la peau environnante.

Oreilles. — Sur le bord externe du pavillon et sur le lobule, taches fauves et desquamation pityriasique, capillaires dilatés dans le pavillon, en rayonnant de la conque à la périphérie.

A gauche la même chose, mais plus accentuée : les taches sont plus nombreuses sur le lobule et les télangiectasies plus visibles.

Face postérieure normale.

Paupières. — La peau des paupières supérieures est rose, parsemée de taches pigmentaires discrètes et de télangiectasies punctiformes et linéaires.

La conjonctive palpébrale est un peu injectée.

Les cils sont longs et adhérents.

Sur les paupières inférieures, la pigmentation est plus foncée et les taches plus volumineuses. Sur le bord libre de la paupière gauche, on aperçoit une tache noire de 4 millim. de diamètre.

La conjonctive palpébrale est très injectée, mais pas d'une manière uniforme.

Il y a blépharite légère avec atrophie de quelques cils, près de l'angle interne de l'œil.

Il n'existe pas d'ectropion.

Toutes les lésions sont plus prononcées du côté gauche.

Les conjonctives oculaires sont le siège de télangiectasies aux deux yeux. Sur le *droit*, les télangiectasies, sinueuses, dans la longueur de 6 millim., ont la forme d'un Y dont l'ouverture est dans la direction de la cornée, en partant de l'angle externe de l'œil et terminant tout près de cette tunique. Il y en a de plus petites, irrégulières, près de l'angle interne.

Sur le *gauche*, les télangiectasies forment le dessin résultant du croisement de plusieurs lignes et occupent l'espace compris entre l'angle externe et la limite de la cornée. Près de l'angle interne, il y a aussi des télangiectasies linéaires, presque parallèles, mais de moindres dimensions.

La cornée est intacte, la vision parfaite. Il y a un léger larmoiement.

Nez. — On aperçoit un grand nombre de taches pigmentaires sur les parties latérales du nez. Le dos présente une coloration rose, parsemée de taches rares et de télangiectasies linéaires. Autour des narines, les taches n'existent presque pas et sont jaune pâle.

Sur les parties latérales, quelques-unes sont presque noires, surtout deux de grandes dimensions, et symétriques.

L'ouverture des glandes se trouve dilatée et avec des bouchons sébacés, saillants.

On remarque des excroissances cornées sur deux taches : une sur l'aile droite, et l'autre du même côté, tout près du dos.

Joue droite. — De nombreuses taches pigmentaires, de coloration foncée dans les régions voisines de la paupière et du nez, quelques-unes du volume de 5 millim. de diamètre. Sur le centre de la joue, on remarque aussi quelques taches chocolat foncé de grandes dimensions. Le volume et la coloration diminuent du centre aux parties latérales.

Il y a aussi des télangiectasies linéaires, sinueuses et quelques-unes étoilées.

Sur la partie supérieure de la joue, près de la région malaire, il existe une excroissance cornée implantée sur une tache de niveau légèrement élevé.

Joue gauche. — Les taches sont plus foncées et de plus grandes dimensions sur la partie latérale, qu'au centre de la joue. Sur la partie supé-

rieure, au bord de la paupière on aperçoit un groupe de taches de pigmentation intense.

Près de l'extrémité supérieure du sillon naso-labial il existe une cicatrice hypertrophique, rose, avec dilatations vasculaires, dont une petite portion est ulcérée. Cette cicatrice occupe la place de la tumeur, qui a été extirpée le 7 septembre et dont il est question aux antécédents personnels du malade. Elle présente des indices de reproduction. A côté de cette cicatrice il y a une tache presque noire et rugueuse.

Sur le centre de la joue, on remarque une petite tumeur lenticulaire du volume de six millimètres de diamètre et s'élevant de quatre millimètres au centre, recouverte d'une mince couche cornée.

Elle a été extirpée pour l'examen histologique.

Au-dessus de cette tumeur il y a une tache rouge un peu déprimée, formée par le croisement de très fins capillaires ; et à côté une autre de la même nature mais de très petites dimensions.

Près du lobule de l'oreille, on voit une excroissance cornée placée sur une base très pigmentée.

Lèvre supérieure. — Peau sèche, ridée verticalement, parsemée de taches pigmentaires fauves et de télangiectasies punctiformes.

Sur la partie muqueuse les taches sont très discrètes et jaune pâle.

Le tiers antérieur de la langue se présente pointillé et rouge vif. La muqueuse des joncs est très rouge.

Lèvre inférieure. — Des taches et des télangiectasies rares. La partie muqueuse est très rouge et parsemée de taches plus nombreuses et plus foncées que sur la lèvre supérieure.

Menton. — Peau rose mat sur laquelle on voit de très rares taches tout à fait semblables à celles du lentigo.

Cou. — Sur la région antérieure et une partie des régions latérales les taches pigmentaires font défaut. On y aperçoit seulement une coloration un peu rose de la peau, ayant l'aspect sale.

La peau de la région postérieure et une partie des régions latérales, a aussi l'aspect sale, mais plus prononcé, et un grand nombre de taches pigmentaires (presque confluentes sur la région postérieure) de coloration châtain, parmi lesquelles un assez grand nombre de taches pigmentaires (presque confluentes sur la région postérieure) de coloration châtain, parmi lesquelles un assez grand nombre d'une teinte presque noire. La ligne limitée par la partie du cou qui est le siège des taches, vient de l'angle du maxillaire inférieur verticalement jusque près de la clavicule, et de là descend en arrière, en traçant une légère courbe, qui va se rencontrer avec celle qui part du côté opposé en angle d'ouverture supérieure au niveau de l'apophyse de la septième vertèbre.

Sa limite inférieure est celle de l'implantation des cheveux.

Il n'y a pas d'altérations des poils.

Membres supérieurs. — Ils ne présentent pas de cicatrices de vaccination. Toute la surface des avant-bras, surtout du côté de l'extension, présente une coloration rose, l'aspect sale avec desquamation pityriasique.

Sur le tiers inférieur des avant-bras, sur le dos des mains et des doigts,

on remarque des taches semblables à celles du lentigo, discrètes et un peu colorées.

Sur la face dorsale des doigts on n'aperçoit que deux ou trois taches.

Au niveau du coude, il existe un nævus pigmentaire circulaire de trois millimètres de diamètre et un autre un peu plus en bas, de dimensions à peu près égales.

Il existe aussi des télangiectasies punctiformes et linéaires.

La surface palmaire des mains est normale.

Les lésions sont plus prononcées du côté gauche.

Membres inférieurs. — Coloration mate, à l'aspect sale. Sur ce fond on distingue des taches achromateuses circulaires de dimensions très variées, dont la plupart de quatre millimètres de diamètre, et disposées comme les orifices d'un arrosoir.

La même chose sur les deux tiers inférieurs des cuisses, naturellement dû à ce que les habits d'enfants ne les couvrent pas.

Trois nævi pigmentaires à la cuisse droite.

Les lésions sont plus accentuées à gauche.

La peau des pieds est normale.

Régions thoraciques. — La peau est blanche et de coloration normale, seulement près du mamelon droit on aperçoit des taches pigmentaires résultantes de la cicatrisation des bulles, produites pas un emplâtre vésicant, employé il y a longtemps afin de combattre une bronchite.

La peau des autres régions ne présente rien d'anormal.

L'auscultation et l'examen des divers organes internes ne révèlent pas de lésions organiques.

L'urine ne contient pas du sucre, ni d'albumine ni de pigments.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 MAI 1894.

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE : Correspondance imprimée. Présentation d'ouvrages. — A l'occasion du procès-verbal : M. Le Pileur. — Laryngite syphilitique tertiaire, par M. Mendel. — Syphilis régionale rebelle, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Hallopeau, Le Pileur.) — Chute complète des poils chez un sujet atteint de prurigo diathésique, par M. Du Castel. — Éruption lichénoïde chez un scrofuleux, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Brocq, Hallopeau, Feulard, Du Castel.) — Arsenicisme chronique; pigmentation tachetée de la peau ; hyperkératose palmaire et plantaire, par M. A. Mathieu. (Discussion : MM. Tenneson, Brocq, Besnier.) — Syphilis maligne précoce, par P. Gastou. (Discussion : MM. Fournier, Brocq, Gastou, Wickham.) — Syphilide papulo-squameuse zoniforme du thorax, par MM. Gaucher et Barbe. — Pian ou syphilis, par M. Louis Wickham. (Discussion : MM. Moty, Wickham, Hallopeau, Jullien.) — Sur un nouveau cas de trichotillomanie, par M. Hallopeau. (Discussion : MM. Fournier, Besnier, Jullien, Mathieu, Feulard.) — Xanthome juvénile, par M. Feulard. (Discussion : M. Hallopeau.) — Varices des membres inférieurs ; lésions cutanées ; atrophie avec cyanose ; sclérose. Développement récent de varices et de lésions cutanées aux membres supérieurs, par MM. Béclère et Leredde. — Pseudo-syphilide palmaire déterminée par l'antipyrine, par M. le professeur A. Fournier. (Discussion : MM. Morel-Lavallée, Jullien, Fournier.) — Contribution à l'étude histologique du mycosis fongoïde, par M. Leredde. (Discussion : M. Darier.) — Nævus pigmentaire verruqueux développé suivant les branches du plexus cervical superficiel, par G. Étienne. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société :

Prof. Celso Pellizzari. — *L'avortement d'une réforme à propos d'un rapport du professeur Tarnowsky sur la prostitution en Italie.* Brochure in-8o, Genève, 1894.

MM. Heulz et Cathelineau. — *Essai de chimie biologique appliquée à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales de la Bourboule.* Brochure in-8o, Paris.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur les injections mercurielles.

M. Le Pileur. — L'observation lue par M. Renault dans la dernière séance est tellement effrayante, qu'elle serait faite, au premier abord, pour

ébranler les esprits les plus convaincus de l'importance des injections de mercure insoluble. Cependant, tout en appréciant l'utilité de la communication des faits malheureux, je voudrais que ceux-ci fussent entourés de tous les détails capables d'éclairer la critique. La femme que cite M. Renault a été perdue de vue pendant trois semaines ou un mois. Qu'a-t-elle fait pendant ce temps ? On ne le sait pas. Sait-on même quelle a été la dernière dose injectée ? Pour une raison ou une autre, un traitement externe, injections de sublimé par exemple, a-t-il été employé ? Je pose cette question parce que j'ai vu un cas de salivation, moyen du reste, survenir après cinq ou six injections vaginales à la solution de sublimé au 1000e. L'étonnement du médecin fut grand, mais cessa quand on apprit que la malade prenait depuis deux mois deux centigr. de sublimé par jour à l'intérieur. Je me propose de donner prochainement à la Société tous les cas que j'ai enregistrés personnellement de stomatite consécutifs aux injections d'H. grise, mais sans pouvoir donner exactement, dès maintenant, le chiffre total des malades que j'ai traités et que j'évalue à plus de 200. Je puis affirmer, que les cas de salivation, moyens ou légers, ne sont pas dans une proportion supérieure à 3 p. 100; qu'enfin jamais je n'ai observé des désordres semblables à ceux qu'a rapportés M. Renault. Je suis convaincu pour ma part que, dans l'observation du médecin de Lourcine, une donnée au moins fait défaut, soit dans la dose, soit dans le degré de tolérance. Or on sait que cette cause si fréquente, rend dangereux les médicaments les plus anodins.

Laryngite syphilitique tertiaire.

Par M. MENDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, un homme de 46 ans, cocher, qui entra, le 15 mars dernier, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Béclère : il présentait à ce moment une dyspnée considérable, aggravée encore, de temps en temps, par des crises d'asphyxie assez intenses pour qu'on ait été sur le point de pratiquer la trachéotomie.

M. Béclère voulut bien nous charger d'examiner le malade, et c'est son observation complète que je viens vous soumettre aujourd'hui.

Notre malade a eu la syphilis, il y a dix ou douze ans (il ne se souvient pas exactement); il ne se rappelle aucun autre accident que le chancre. Il ne s'est jamais traité. Il était sujet à des enrouements fréquents, probablement attribuables à ce que son métier de cocher l'exposait plus directement aux intempéries. Il est intéressant de signaler dès maintenant que ce malade n'est ni fumeur, ni buveur.

En janvier dernier, il fut pris d'un enrouement qui, à l'inverse des précédents, ne guérit pas de lui-même.

A cet enrouement opiniâtre vint se joindre, trois semaines après, une

légère dyspnée qui augmenta progressivement jusqu'à produire l'état alarmant qui amena notre malade à l'hôpital.

Heureusement, à cette époque, il présentait une gomme de la région frontale; on supposa avec raison que la laryngite était de même nature que cette dernière lésion, et le traitement spécifique, composé d'une cuillerée de sirop de Gibert et 4 grammes d'iodure de potassium, lui fut de suite administré.

Je n'examinai le malade que le 23 mars, soit huit jours après son entrée à l'hôpital : il était encore très dyspnéique. L'examen laryngoscopique me fit constater l'état suivant :

La moitié gauche du larynx est normale ; mais la moitié droite est le siège de lésions qui la défigurent. On aperçoit une tuméfaction rouge, massive, représentant la fausse corde infiltrée, cet organe recouvre la vraie corde correspondante et s'avance sur la ligne médiane presque au contact de la fausse corde du côté opposé. La glotte, qui n'est plus représentée que par l'espace compris entre cette masse et la corde gauche, est donc fort rétrécie. L'aphonie est presque complète. On note encore un peu d'œdème des régions aryténoïdiennes.

Le malade garda le repos au lit pour éviter toute suffocation et continua son traitement spécifique.

Dès le 2 avril, l'amélioration était fort sensible.

La respiration était un peu libérée, la voix commençait à se rétablir. On constatait à l'examen laryngoscopique une diminution notable de l'infiltration de la fausse corde droite, et une dilatation correspondante de la fente glottique.

Le 16 avril, l'infiltration s'est presque complètement affaissée : on note simplement que la fausse corde droite est rouge sombre et qu'elle est plus bombée que sa congénère. Cependant elle est revenue à son volume habituel, et la corde vocale correspondante qu'elle cachait est parfaitement visible.

Actuellement, la respiration est normale, seule la voix est encore atteinte, en raison de la congestion du larynx qui a succédé à la très grave affection que nous venons d'exposer.

Nous avons eu affaire, dans ce cas, à une infiltration gommeuse limitée à la fausse corde droite : le traitement spécifique a été des plus efficaces, parce qu'il est intervenu au début; il n'en est pas de même lorsqu'il a à combattre des gommes plus anciennes et auxquelles on a permis de se constituer davantage.

Nous devons ajouter que, si l'action de l'iodure de potassium est efficace dans ces cas, elle n'en doit pas être moins surveillée attentivement, car elle est susceptible de produire, dès les premières doses, un œdème spécial, l'œdème iodique, qui, en exagérant encore la constriction de la glotte, peut mettre le malade en danger, et nécessiter la trachéotomie d'urgence. M. le professeur Fournier a rapporté, en 1889, quatre cas d'œdème iodique. Deux de ces cas, dans lesquels on ne put pas intervenir à temps, furent mortels.

Syphilis régionale rebelle.

Par M. Du Castel.

Le malade que je vous présente, est un jeune homme de bonne constitution, atteint d'une syphilis remontant à 1891. Revenant du Tonkin, il s'aperçut, au moment de débarquer, qu'il était porteur d'un chancre de la verge. C'était un chancre induré à la suite duquel apparurent les accidents secondaires et rapidement des ulcérations spécifiques dont vous voyez les cicatrices. Quand le malade vint me trouver, il y a deux ans, tous les accidents dont il était porteur disparurent rapidement sous l'influence du traitement. Il existait à la cuisse droite un petit tubercule qui, comme les autres lésions, disparut rapidement ; mais bientôt se montra, autour du point qu'il avait occupé, une couronne de nouveaux tubercules ; celle-ci ayant guéri, un cercle de nouveaux tubercules plus large apparut autour d'elle; depuis quinze mois, la lésion n'a cessé de s'étendre par la production successive de cercles de tubercules de plus en plus excentriques, de plus en plus grands, jusqu'à atteindre les proportions considérables qu'elle présente aujourd'hui. Il est intéressant de voir, au cours d'une syphilis dont les accidents ont disparu rapidement et définitivement depuis des années, une seule lésion résister opiniâtrément à tout ce qu'on a pu faire contre elle, traitement interne, application locale d'emplâtres de Vigo et rouge de Vidal, cautérisations ignées, applications d'éther pyrogallique, et vivre d'une vie pour ainsi dire indépendante de celle de toutes les lésions syphilitiques apparues en même temps qu'elle. Cette allure toute différente de la lésion que je vous montre et de ses congénères, m'a conduit par moments à me demander si elle n'était pas d'autre nature, si par hasard notre malade n'aurait pas rapporté du Tonkin la lèpre en même temps que la syphilis : la biopsie n'a pas permis de relever la présence du bacille de Hansen.

M. Hallopeau. — Il serait important ici d'insister encore sur la recherche du bacille de Hansen.

M. Lepileur. — En 1889, j'ai été consulté par un malade dont la syphilis remontait à dix ans.

Depuis *six ans*, il était atteint d'une syphilide tuberculeuse zoniforme s'étendant de la colonne vertébrale sur tout le flanc droit. Le centre s'affaissait et les bords polycerclés, formés par de gros tubercules saillants, durs, sans aucune sécrétion apparente, remontaient jusque sous le sein droit. Le malade avait toujours fidèlement suivi les traitements qui lui avaient été prescrits, mais j'ai pensé que ces traitements avaient toujours été insuffisants. J'ai porté rapidement la dose du mercure à 4 centigr. de sublimé par jour en pilules, ne faisant pas encore d'injections hydrar-

gyriques, celle du potassium à 6 grammes, je fis faire des attouchements, tous les deux jours, à la teinture d'iode et recouvrement avec les bandelettes de Vigo. Après deux mois, les tubercules étaient affaissés, et six mois après il ne restait plus trace de cette importante lésion, en tout semblable à celle que nous montrait M. Du Castel.

Chute complète des poils chez un sujet atteint de prurigo diathésique.

Par M. Du Castel.

Le jeune homme que je vous présente est venu de Cannes à Paris pour tâcher d'obtenir la guérison d'une alopécie complète, survenue il y a deux ans. Ce malade est atteint depuis son enfance d'un prurigo diathésique qui s'exagère chaque année au mois d'avril. Il y a deux ans, au mois d'avril, les cheveux ont commencé à tomber ; au mois d'août, la chute était complète ; les poils de toute la surface du corps, sourcils, barbe, aisselle, pubis, etc., ont suivi les cheveux dans leur sort. Actuellement il n'existe plus aucun poil à la surface du corps ; tout au plus de loin en loin un follet minuscule. Depuis deux ans, il n'y a pas eu ombre de repousse sérieuse. En voyant comment la chute du système pilaire s'est produite, au moment de la recrudescence habituelle du prurigo diathésique, je me demande si le trouble de ce système a quelque relation avec l'affection générale dont le malade est atteint.

M. Hallopeau. — Il serait utile d'instituer ici le traitement habituel de la pelade.

Éruption lichénoïde chez un scrofuleux.

Par M. Du Castel.

X..., âgé de 32 mois, est atteint depuis un an de l'éruption pour laquelle je vous le présente. Toute la surface du corps est couverte de papules du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros grain de millet, dures, rouge foncé, brillantes : au sommet, est incrustée une petite masse épidermique, blanchâtre, adhérente. Il n'y a pas de démangeaisons. Les papules sont la plupart isolées ; quelques-unes, surtout au niveau des fesses, réunies en placards : elles n'affectent nulle part une disposition circinée. Cette éruption est plus abondante sur le dos et sur les membres inférieurs où elle est symétrique. Il n'y a pas de prurit. L'enfant présente en outre des tumeurs scrofulo-

tuberculeuses suppurantes du cou et une conjonctivite phlycténulaire. Sommes-nous en présence d'un lichen scrofulosorum? L'affection ne présente pas la disposition circinée, les localisations attribuées à l'affection. J'ai l'intention de pratiquer une biopsie pour voir si celle-ci nous fournira quelque renseignement important.

M. Brocq. — Les lésions aux fesses disposées en corymbes, avec des éléments au centre plus accentués entourés d'éléments plus petits, satellites ; les localisations faciales et aux plis, l'aspect acnéique de l'éruption en général, me font croire ici à un cas de syphilis.

Il serait bon, avant d'établir le diagnostic, de faire l'épreuve thérapeutique.

M. Hallopeau. — Il y a intérêt à rechercher les bacilles de la tuberculose dans les tubercules situés au centre des plaques.

M. Feulard. — Je pense comme M. Brocq qu'il s'agit d'une éruption syphilitique et probablement d'une syphilis acquise. La syphilis acquise de la première enfance, comme il résulte de ce que je puis voir à la polyclinique dermatologique du service de M. le professeur Grancher, est d'ailleurs beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

M. Du Castel. — Je crois aussi que la syphilis acquise infantile est bien plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

Je dois dire à ce propos que nombre de malades, considérés comme des syphilitiques héréditaires, ont acquis leur syphilis dans la première enfance.

Arsenicisme chronique. Pigmentation tachetée de la peau. Hyperkératose palmaire et plantaire.

Par M. Albert Mathieu.

J'ai déjà présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 30 mars dernier, ce malade, qui peut intéresser à plusieurs points de vue les membres de la Société de dermatologie.

~~C'est~~ un homme de 51 ans ~~qui~~, depuis plus de 20 ans, prend chaque jour environ trois à quatre centigr. d'arséniate de soude, quelquefois plus, quelquefois moins, sous prétexte de soutenir ses forces et de soigner une laryngite chronique.

En 1883, il força pendant quelque temps la dose d'arséniate et fut pris d'accidents gastro-intestinaux intenses ; c'est à ce moment que se serait produite la pigmentation cutanée si remarquable qu'il présente actuellement encore. Vers la même époque se sont montrés aussi des accidents attribuables sans doute à de la névrite tonique : douleurs lancinantes vers les membres inférieurs, faiblesse très grande et anesthésie des extrémités inférieures. Le diagnostic de tabes a été porté, paraît-il, par plusieurs

médecins ; il s'agissait très probablement de pseudo-tabes périphérique. Actuellement encore, le réflexe rotulien fait défaut des deux côtés. Les masses musculaires des jambes sont encore atrophiées.

Je ne veux pas insister ici sur ces accidents névropathiques ; mais je tiens à faire remarquer que, liés à la pigmentation cutanée, ils tendent à reproduire le tableau clinique de l'énigmatique acrodynie des anciens auteurs qu'on considère actuellement comme ayant été l'expression de l'arsenicisme épidémique.

Je désire surtout attirer votre attention sur la pigmentation de la peau et la kératose palmaire et plantaire.

La face est indemne, on n'y trouve que des grains d'acné disséminés. Il y a aussi de l'acné sur le corps, et l'on pourrait se demander si les taches blanches qu'on y trouve ne sont pas dues à des cicatrices de pustules acnéiques ; mais ces taches blanchâtres n'ont pas l'aspect cicatriciel, et le malade, très intelligent, est très net à ce point de vue ; les taches se seraient produites en dehors de toute éruption érythémateuse ou pustuleuse. Elles sont du reste en si grand nombre que cela supposerait une éruption acnéique beaucoup plus dense que celle que l'on constate actuellement.

La pigmentation commence sur le cou, atteint son maximum d'intensité sur le tronc, sur le dos et sur le ventre ; elle est accentuée aux aines et sur le dos ; on voit se dessiner nettement, plus foncé que les régions voisines, l'emplacement d'un vésicatoire. La coloration de la peau pâlit à l'origine des membres et va en s'atténuant par teintes dégradées jusqu'aux extrémités où elle disparaît.

La peau a une coloration bronzée ou ardoisée suivant les points où on la considère ; mais ce qui frappe le plus vivement, ce sont les taches arrondies, lenticulaires, pâles ou pigmentées qui sont disséminées sur la peau et lui donnent un aspect moucheté, finement pommelé, qui est réellement bien particulier.

Il existe, comme vous pouvez le voir, une kératose assez marquée de la face palmaire des mains et des doigts. Aux pieds, la kératose moins marquée n'occupe que la partie moyenne de la plante. Les ongles sont amincis et déformés aux mains et aux pieds.

Il ne paraît pas douteux qu'il s'agisse ici d'un cas de pigmentation cutanée arsenicale ; il paraît représenter aussi un exemple de kératose palmaire et plantaire de même nature. Or l'existence de la kératose arsenicale est encore actuellement discutée par les auteurs ; elle n'est pas unanimement admise.

M. Tenneson. — La kératose palmaire que présente ce malade est très certainement due à l'arsenic absorbé.

M. Brocq. — La relation qui existe entre certaines kératoses des extrémités et l'absorption arsenicale est évidente. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de kératose palmaire, développé progressivement après cinq anneés

de médication arsenicale, chez un sujet dont les mains étaient précédemment tout à fait normales.

M. Besnier. — La cause est entendue au sujet de la possibilité des kératoses arsenicales. C'est là une action certaine de l'arsenic. Cette notion, courante depuis longtemps à l'étranger, a été longue à se faire accepter en France. Je rappellerai avoir été le premier, dans notre pays, à défendre cette opinion.

Syphilis maligne précoce. Syphilides tuberculeuses étalées en nappe; pseudo-pelade.

Par Paul Gastou.

La malade présentée à la Société est intéressante à plusieurs titres :

1° Par l'existence d'une syphilis maligne précoce, se traduisant à la face par une infiltration tuberculeuse en nappe et une iritis double ;

2° Par l'aspect pityriasiforme des syphilides polymorphes, localisées aux membres supérieurs, au tronc et à l'abdomen ;

3° Par la coexistence au dos, à la face externe des membres supérieurs, d'une affection simulant la kératose pilaire ;

4° Par une alopécie à forme pseudo-peladique avec altération anormale des cheveux ;

5° Enfin par des troubles de nutrition générale : amaigrissement rapide, leucocytose, plaques d'anesthésie symétrique.

La nommée Marie D..., âgée de 36 ans, est entrée le 28 avril dans le service de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

A première vue elle attire l'attention par l'aspect de sa face tuméfiée et rouge, par une alopécie intense et par l'apparence polymorphe d'une éruption érythémateuse du tronc.

Sur la face : le front, les joues, les lèvres et le menton sont recouverts de nappes confluentes limitées à leur périphérie par un bord saillant.

Ces nappes érythémateuses, d'un rouge vif, sont saillantes et donnent au loin la sensation d'une infiltration tuberculeuse.

Sur les pommettes, à la racine du nez, l'érythème est plus foncé qu'en d'autres points, et on y voit une vascularisation intense et quelques grains noirs ponctués, d'apparence acnéique.

La malade a donc, en outre de son infiltration syphilitique, de la couperose de la face.

Elle a en outre une iritis double des plus intenses, qui la rend presque amaurotique.

L'iris gauche est modifié complètement : il a une couleur vert glauque, il

est froncé, ratatiné, évasé en cuvette, en entonnoir, dont le fond est constitué par l'ouverture pupillaire rétrécie, irrégulière, punctiforme.

L'iris droit, moins altéré, est de même teinte que le gauche. A l'extrémité gauche de son diamètre transversal, existe un lambeau formant un véritable cap, polypiforme, qui s'avance à travers l'orifice pupillaire. Cet orifice est irrégulier, dilaté, modifié en tous sens par des adhérences. Sur la surface du cristallin, on aperçoit, en outre, de petits débris jaunâtres qui semblent provenir de l'iris. Le fond de l'œil à l'éclairage oblique a une apparence glauque, verdâtre.

Pas d'altérations du fond de l'œil. Les sourcils n'existent plus et le crâne est en grande partie sans cheveux.

Les quelques poils qui restent forment quelques touffes éparses sur les régions frontales, pariétales et temporales. Les cheveux sont minces, atrophiés, mais suffisamment adhérents.

L'ensemble de l'alopécie est pseudo-peladique. Dans les points dénudés on voit à la loupe, au niveau de l'orifice des follicules pileux, de petites masses à forme de croûte noirâtre, de la dimension d'une très petite tête d'épingle. Ces masses cornées, facilement énucléables, laissent à leur place une dépression en cuvette, d'apparence cicatricielle.

Il n'existe pas d'adénites, aucun trouble nasal ou auriculaire.

Sur le tronc, nuque, dos, sternum, sur les membres supérieurs et l'abdomen, existe une éruption érythémateuse polymorphe, constituée comme suit :

1° Macules, nappes érythémateuses; 2° mêmes éléments érythémato-papuleux, donnant au doigt la sensation d'infiltration; 3° apparence de médaillons légèrement squamelleux; 4° macules érythémateuses avec grains kératosiques (aspect de kératose pilaire).

En résumé, l'éruption, qui n'existe pas sur les membres inférieurs, rappelle par quelques-uns de ses caractères le pityriasis rosé de Gibert; par d'autres, le pityriasis rubra pilaire.

Ces accidents ont évolué de la façon suivante : il y a cinq mois environ, la malade raconte qu'elle fut prise assez brusquement d'un œdème intense de la face avec coryza et larmoiement. Elle ne se souvient plus si elle a eu de la fièvre à ce moment, mais fait remonter le début des altérations oculaires qu'elle présente à cette époque.

En janvier 1894, est apparue une céphalalgie, diurne et nocturne, intense; elle fut suivie d'une chute des cheveux qui fut presque totale en quinze jours.

L'éruption du tronc et des membres supérieurs date de trois semaines et ne s'est jamais accompagnée de prurit.

L'état général de la malade s'est profondément modifié dès le début de la maladie et à la suite de violents chagrins auxquels elle attribue l'éruption du thorax. Elle a maigri, dit-elle, depuis janvier de 42 livres, a perdu l'appétit et le sommeil.

Elle n'a cependant rien de viscéral : les fonctions digestives se font bien, le cœur, les poumons, le foie, la rate sont normaux.

Les urines ne contiennent ni pigments, ni sucre, ni albumine. Les réflexes sont normaux. La sensibilité est plutôt exagérée, surtout du côté gauche.

Il existe seulement des plaques d'anesthésie sur la face externe des seins et sur le dos des mains.

L'examen du sang montre une augmentation très manifeste de globules blancs et une quantité de fines granulations hématoblastiques.

L'histoire antérieure de la malade ne présente pas de particularités ayant trait à sa maladie actuelle. Son père est mort à 62 ans d'hydropisie, il toussait et avait une maladie de cœur. Sa mère, arthritique, morte à 44 ans, était asthmatique. Elle a eu six frères ou sœurs bien portants : une sœur a eu la danse de Saint-Guy.

Elle-même a eu la rougeole et la gourme, surtout à la tête.

Réglée à 12 ans, elle a eu à 30 ans une fille qui est venue prématurément au monde à 6 mois 1/2; cette enfant est morte à 2 ans, très rapidement, de méningite avec convulsions. Depuis, pas de grossesses, ni de fausses couches.

Telle est l'histoire de cette syphilis maligne précoce. J'ajouterai quelques mots au sujet de l'alopécie et de la présence de kératose pilaire.

Les cheveux examinés soit sans préparation dans la glycérine, soit après action de la potasse à 40 p. 100, ont présenté les altérations suivantes : amincissement considérable, friabilité. L'amincissement du cheveu est surtout manifeste à sa racine, la moelle fait défaut ; à un faible grossissement elle est remplacée par des amas non continus de pigment granuleux. A un fort grossissement, on aperçoit des amas de pigment, mais l'attention est attirée par la présence d'une quantité de grains réfringents de dimensions différentes. Ces grains ressemblent à des spores parasitaires de plus petites dimensions que les éléments des teignes à petites spores. Il n'y a pas de bulles d'air dans les cheveux.

Quelle est la nature de ces grains réfringents ? S'agit-il du parasite de la pseudo-pelade décrit par Vaillard et Vincent (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1890) ? C'est ce que nous essayerons de déterminer par un examen ultérieur.

L'examen des masses cornées, noirâtres, prises au niveau des points atteints de kératose pilaire, a montré ceci : bloc vitreux avec squames fines cornées, granulations graisseuses, granulations plus fines opaques ou à double contour, le tout engainant de fins poils analogues à des poils follets, peu pigmentés, avec peu de substances médullaires et contournés sur eux-mêmes.

Deux points restent donc à trancher : la nature de l'altération pilaire au niveau du cuir chevelu, la nature et le genre de l'affection kératosique pilaire du dos et des membres supérieurs.

M. Fournier. — Il s'agit là d'une éruption de syphilis des plus extraordinaires de par le polymorphisme des éléments. Les uns, ceux du tronc, sont d'ordre érythémateux, ce sont des éléments de roséole, des éléments

précoces de la période secondaire; les autres sont épais, formant comme une infiltration, une nappe tuberculeuse, et sont d'ordre tertiaire.

M. Brocq. — Qu'est-ce que M. Gastou entend au juste, dans le cas actuel, par kératose pilaire? L'étude histologique des éléments a-t-elle été faite? et s'agit-il d'après lui de la kératose vulgaire? Les localisations des altérations pilaires chez cette malade sont toutes différentes de celles que l'on constate habituellement dans la kératose pilaire vraie. Ne serait-ce pas plutôt quelque manifestation syphilitique?

M. Gastou. — J'ai examiné le contenu des follicules pileux sur la tête, aux points où siège l'alopécie et sur le dos là où existe la kératose pilaire. J'ai trouvé dans les deux cas des altérations analogues qui consistent, macroscopiquement : en une masse croûteuse, noirâtre, superficiellement, s'énucléant comme le contenu d'une acnée sébacée et laissant après elle une dépression cicatricielle.

Microscopiquement : en lames vitreuses mélangées de cellules épithéliales et surtout de granulations graisseuses, au milieu desquelles se voient un ou plusieurs poils follets enroulés sur eux-mêmes.

M. Wickham. — La nature de cette kératose pilaire est difficile à déterminer. Il ne peut être question du pityriasis pilaire de Devergie-Besnier. Peut-être sont-ce là des éléments syphilitiques; l'action thérapeutique nous l'apprendra. Mais il ne semble pas qu'il en soit ainsi, car la malade prétend que cet état rugueux de la peau date de 6 ans; or, le chancre a été contracté il y a un an environ. Il s'agirait donc simplement d'une kératose pilaire commune, mais des plus anormales.

Syphilide papulo-squameuse zoniforme du thorax.

Par les Drs Gaucher et Barbe.

J..., âgée de 29 ans, s'est présentée à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, à la fin d'avril 1894, pour une éruption simulant un zona.

Cette éruption commence en arrière à gauche, au niveau de la partie inférieure de la colonne vertébrale dorsale, contourne le thorax, passe au-dessous du sein gauche et se termine en avant juste sur la ligne médiane. Une inspection superficielle montre tout de suite qu'on n'est pas en présence d'un zona (il n'y a pas trace de vésicules, ni de groupes de vésicules), mais qu'on a affaire à une syphilide papulo-squameuse, caractérisée par des papules peu saillantes, d'une teinte légèrement cuivrée, recouvertes d'une squame plus ou moins épaisse, et disséminées suivant le trajet indiqué plus haut, sans former de groupes bien limités. Cette éruption n'est le siège d'aucune démangeaison et ne gêne nullement la malade.

Cette lésion a débuté, il y a 5 ans environ, à la suite d'un point de côté assez violent qui aurait duré un mois environ. Quelques papules se seraient

montrées d'abord sur la partie latérale du thorax, puis d'autres en avant au-dessous du sein gauche; plus tard des boutons seraient survenus au-dessous de l'omoplate.

Depuis cinq ans, l'éruption n'a jamais totalement disparu, quelques papules seulement se seraient effacées.

Si on remonte dans les antécédents de la malade, on trouve ceci : c'est que, quelques années avant de présenter l'éruption actuelle, à la suite d'une vie assez accidentée, pour laquelle ses parents l'auraient fait entrer dans un couvent, elle eut un écoulement vaginal, puis des croûtes sur la tête, qui ne furent pas accompagnées de chute des cheveux. La malade fait observer qu'elle eut de plus à ce moment une sorte de toux nerveuse très fatigante; dans le couvent où elle se trouvait, elle ne fut jamais examinée, ni traitée. Elle prétend n'avoir jamais eu ni roséole, ni plaques muqueuses.

Si on inspecte le reste de la surface du corps, on ne trouve aucune éruption, sauf pourtant sur la partie latérale droite de l'abdomen, où il existe, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, un groupe de papules squameuses absolument identiques aux éléments du côté gauche.

En arrière de ce groupe papuleux, il n'y a plus aucun bouton, mais on observe une pigmentation très accusée, qui contourne le thorax, à la façon d'une ceinture, de 6 à 7 centim. de hauteur, qui se dirige en arrière, pour disparaître juste sur la ligne médiane. La malade dit avoir eu, à ce niveau, il y a trois ans, des boutons qui ont disparu quelque temps après; puis les papules situées au-dessus de la crête iliaque se sont montrées il y a un an environ.

Voici donc deux éruptions syphilitiques, bien limitées, survenues successivement, à une année d'intervalle, l'une à gauche sur le trajet des derniers nerfs intercostaux, l'autre à droite sur le trajet des nerfs du plexus lombo-abdominal, affectant la disposition du zona. Des éruptions syphilitiques situées symétriquement sur la surface du corps, telles que des gommes, ont été déjà signalées; mais nous n'avons pas trouvé d'autres observations de syphilide située sur le trajet de certains nerfs et affectant la disposition du zona. C'est pour cette raison seulement que le cas actuel nous a paru digne d'être publié.

Pian ou syphilis?

Par LOUIS WICKHAM.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter a, depuis quelques jours, largement bénéficié du traitement institué. Les caractères de l'éruption se sont notablement modifiés. Quelques mots sont donc nécessaires pour expliquer l'état dans lequel les lésions nous sont apparues, lors de leur pleine évolution. Voici d'ailleurs trois moulages

qui ont été faits à ce moment. R..., âgé de 24 ans, est petit et particulièrement vigoureux. Les éléments primitifs consistent en de toutes petites pustulettes entourées d'une aréole inflammatoire, disséminées sur le tronc et les membres. Leur base fait bientôt une légère saillie qui augmente peu à peu et finit, après plusieurs mois, par offrir les dimensions d'un gros pois et rarement celles d'un œuf de pigeon. Dès que la saillie est formée, la pustulette est remplacée par une croûte au-dessous de laquelle la suppuration est abondante. Quelles que soient les dimensions de l'élément observé, lorsqu'on enlève la croûte, qui est épaisse et formée tout d'une pièce, et après avoir essuyé le pus qu'elle recouvre, on met à découvert des végétations confluentes qui forment le sommet des petites tumeurs.

Celles-ci sont le plus souvent cylindriques, c'est-à-dire que leur sommet est aussi large que leur base, et la croûte recouvre complètement ce sommet; l'aréole péri-pustuleuse du début ne persiste pas, aucune trace d'inflammation n'existe autour de la base des petites tumeurs, lesquelles sont en quelque sorte enclavées par leur base dans la peau saine, et offrent l'aspect, une fois la croûte retirée, d'autant de petits choux-fleurs.

Comme on le voit par ces quelques mots, l'éruption est uniforme, formée d'éléments absolument semblables les uns aux autres, et évoluant tous de la même façon; elle constitue en quelque sorte une papillomatose suppurée croûteuse. Quelques éléments se distinguent par la coloration de leur croûte qui est d'un jaune de miel, impétigineuse; d'autres se distinguent par le caractère réduit des papilles. Mais ces dernières se retrouvent toujours. Sur quelques éléments, la croûte est assez mince et laisse voir directement les papilles.

Ces éléments sont disséminés au nombre de 150 à 200 sur tout le corps; ils siègent surtout sur le tronc; assez confluents par places, ils forment en deux ou trois points de véritables groupes. Sur les bourses, au front, au cuir chevelu, les éléments sont nombreux.

Un de ces éléments est situé à la commissure labiale gauche.

L'évolution des plus anciens éléments montre que ces productions, arrivées à un certain développement, ont une tendance à la régression spontanée, s'affaissent et laissent à leur place une cicatrice violacée, non déprimée, bien arrondie. Jamais il ne s'est produit d'ulcération. On constate comme séquelle d'éléments anciens, 7 ou 8 de ces cicatrices violacées.

L'éruption s'est faite en quelque sorte en deux poussées. La première a débuté en novembre 1893, par un élément unique à l'abdomen, lequel a été le plus gros de tous et a laissé une cicatrice violacée de la dimension d'une pièce de 2 francs. Quinze jours après, sont venus 7 autres éléments. Cette première éruption s'en est tenue à ces 8 éléments. Ce n'est que vers le 1er mars, qu'ont apparu les éléments

de la seconde poussée; ceux-ci sont venus en grand nombre formant l'éruption actuelle, au milieu desquels on découvre encore les éléments plus anciens.

Il ne semble pas qu'une pustule une fois apparue s'arrête dans son cours, au moins lorsque la maladie est en pleine voie d'évolution. Les éléments une fois nés, semblent tous invariablement suivre la marche que nous avons indiquée. Les muqueuses sont saines.

Un des caractères tout à fait particuliers de l'affection est le prurit; celui-ci siège au niveau des éléments, il est assez accentué et constant.

En présence d'une telle éruption, quel diagnostic doit être posé?

Lorsque le malade s'est présenté à la consultation générale, mon impression fut qu'il ne pouvait être question de syphilis; le surlendemain mon maître, M. le professeur Fournier, déclara qu'il était impossible de reconnaître, dans une telle affection, les caractères de la syphilis, que jamais il n'avait rien rencontré de semblable dans la syphilis.

Au point de vue des antécédents syphilitiques possibles, l'enquête a donné les renseignements suivants : le malade a eu un chancre en 1888, ayant duré un mois et demi. Ce chancre aurait été diagnostiqué « chancre mou » ; traitement local seul. Pas de roséole, ni de plaques muqueuses constatées, etc. Aucune manifestation jusqu'à l'apparition des lésions actuelles.

Après avoir éliminé par l'enquête la possibilité de quelque éruption médicamenteuse telle que celles produites par le bromure et l'iodure, quelquefois végétantes et suppurées, force fut de s'orienter du côté des affections exotiques, la dermatose actuelle ne rappelant rien de connu dans la dermatologie européenne.

Précisément le malade revient des colonies, où il compte les états de service suivants : Algérie (Biskra), 1891 et 1892. Dahomey (colonne du général Dodds), campagne très dure, bon état de santé, quelques fièvres palustres, pas de blessures; n'a point passé un seul jour à l'infirmerie), décembre 1892 à novembre 1893. Algérie, deuxième séjour (Laghouat), décembre 1893 au 15 mars 1894. Retour en France en excellente santé. Repos complet depuis novembre 1893.

La première poussée a donc eu lieu au Dahomey à la fin de la campagne dahoméenne, et la seconde est apparue dans le trajet de retour de Laghouat à Toulon, par Oran.

A Biskra, fin 1891, après un an de séjour en Algérie, apparition de 3 lésions au dos du pied gauche. Lésions qui ont été considérées comme des clous de Biskra, mais qui, *au dire du malade*, ont ressemblé aux lésions actuelles. Il n'y aurait pas eu d'ulcération véritable, mais des tumeurs avec du pus. Ces tumeurs se seraient peu à peu effacées d'elles-mêmes; elles ont laissé, après trois mois d'évolution, trois cicatrices groupées, violacées.

Se peut-il que l'éruption qui s'offre actuellement à nous, sans ulcérations, ayant évolué *deux ans* après la première atteinte au pied, soit une éruption tardive généralisée du bouton de Biskra, comme il en a été signalé. Cela est bien peu probable. Il s'agirait d'un cas tout à fait anormal. L'évolution par poussées, sans qu'il paraisse s'être produit d'auto-inoculation de voisinage, le *prurit*, sont contraires à l'idée d'une telle affection.

Il est une affection, vers laquelle, j'ose le dire, mon diagnostic s'est porté dès le premier moment de l'examen, par souvenir d'une lésion analogue entrevue à Londres chez un nègre, en 1888, à la clinique de Radcliffe Crocker : affection endémique des pays chauds dont le berceau est dans l'Ouest africain.

Je veux parler du *pian* ou *yaws*, ou encore *framboesia* ; c'est précisément, nous l'avons vu, après onze mois de séjour au Dahomey que l'éruption s'est déclarée.

Ne s'agirait-il pas ici d'un cas de *pian?* On ne peut guère s'en rapporter qu'aux descriptions des auteurs, car je ne sache pas qu'on en ait observé un seul cas à l'hôpital Saint-Louis. En quelques mots, le pian est une éruption prurigineuse, pustuleuse au début, formant à la longue des tumeurs papillomateuses suppuratives, d'où le nom de framboesia, recouvertes de croûtes jaunâtres s'enlevant tout d'une pièce et laissant parfois des cicatrices indélébiles. L'évolution de cette affection est spéciale ; elle est chronique et dure plusieurs mois, parfois des années, mais en général guérit spontanément. Son début est marqué par une période fébrile. L'éruption générale qui se fait en plusieurs poussées est précédée pendant quelque temps d'un élément unique (bouton mère) qui est en général le plus gros de tous les éléments qui apparaîtront dans la suite.

Il est certain que l'éruption présentée par notre malade se rapproche beaucoup de cette description, seulement le malade n'a point souvenir d'une période fébrile spéciale et, d'autre part, bien qu'un élément, et des plus gros, se soit développé avant les autres, il ne paraît pas y avoir eu à proprement parler ce qui est décrit sous le nom de bouton mère (maman pian).

Il est bon d'ajouter que le malade a eu, à plusieurs reprises, quelques mouvements fébriles attribués à de l'impaludisme et qui ont pu n'être autre chose que la période de début de l'affection ; il faut dire aussi que quelques auteurs ont décrit des formes sans fièvre prémonitoire et sans bouton mère.

Cette maladie exotique est si peu connue qu'il était impossible d'affirmer si le cas actuel en était un exemple ; ce qu'on peut dire, c'est que les caractères correspondent assez bien aux descriptions des auteurs et que, par élimination des autres affections, il était permis de conclure avec assez de raison au diagnostic de pian ; du moins

pour ma part, aidé du souvenir dont je parlais tout à l'heure, c'est celui qui me paraissait le plus vraisemblable.

Telle était l'orientation vers laquelle nos recherches nous avaient conduit, lorsque survint un fait de nature à rappeler l'attention du côté de la syphilis. Le traitement, commencé le 3 mai, ayant actuellement sept jours de durée, a consisté en 4 gr. par jour de solution d'iodure de potassium sans aucune application locale ; or, dès le deuxième jour les lésions se sont séchées et affaissées, l'amélioration s'est rapidement accentuée, au point qu'aujourd'hui il est difficile de retrouver les petites pustules, éléments primitifs. La plupart des croûtes sont tombées et les surfaces sous-croûteuses végétantes se sont nivelées. Or, bien que l'iodure de potassium ait été conseillé, il n'est point dit par les auteurs que ce médicament ait sur le pian ni sur aucune autre affection exotique, une action aussi intense et rapide. Faudrait-il donc revenir à l'idée d'une syphilis, mais d'une syphilis absolument anormale ? Jusqu'à nouvel ordre nous ne voulons rien conclure ; mais, nous le répétons, il nous est difficile de croire ici à une éruption syphilitique. Nous pensons plutôt que le changement de régime, le bien-être relatif ont pu déterminer la régression rapide de l'affection, ce qui arrive fréquemment pour la plupart des affections exotiques importées en Europe, hors de leur foyer. L'amélioration peut être le fait d'une simple coïncidence. Il est rare de constater dans la syphilis une action aussi puissante de l'iodure de potassium, se manifestant dès le second jour du traitement, et les lésions que nous avons décrites ne cadrent guère avec ce que pourraient être les lésions tertiaires survenant six ans après le chancre.

Nous serions heureux d'avoir sur ces faits l'opinion de la Société, en attendant que nous puissions apporter le complément de renseignements qui seront fournis par la bactériologie, l'histologie et l'évolution ultérieure de la maladie.

M. Moty. — La lésion présentée actuellement par le malade de M. Wickham diffère du clou de Biskra par plusieurs caractères : ses plaques sont plus petites, plus régulièrement circulaires et plus saillantes ; les cicatrices qu'elle laisse sont un peu plus épaisses.

On trouve au contraire au dos du pied de ce malade des cicatrices tout à fait caractéristiques de clous de Biskra ; cicatrices plates, gauffrées à la périphérie, pigmentées comme elles le sont au membre inférieur. Cet homme est un ancien soldat et, chez le soldat, c'est surtout aux pieds, aux jambes, aux mains et à la face que siège le clou de Biskra.

Cet homme a donc été atteint de clou de Biskra, mais sa lésion actuelle n'est pas du clou de Biskra. Je ne puis émettre d'opinion motivée relativement au pian, que je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer.

M. Wickham. — On a cité des cas de généralisation dans le clou de

Biskra, mais cette généralisation pourrait-elle avoir lieu presque deux ans après l'apparition des premiers éléments ?

M. Moty. — Non, certainement.

M. Hallopeau. — Je ne puis m'empêcher, en raison surtout des caractères de l'ulcération et aussi de l'action si manifestement curative de l'iodure de potassium, de pencher beaucoup ici pour le diagnostic de syphilis.

M. Jullien. — Je me souviens d'avoir traité un syphilitique dont quelques éléments éruptifs présentaient une certaine analogie avec ceux que nous voyons ici.

M. Wickham. — Je tiens à répéter que je n'ai point rejeté, loin de là, le diagnostic de syphilis, et je ne manquerai pas de tenir la Société au courant des faits ultérieurs.

En ce qui concerne le pian, il est curieux de remarquer le peu de conformité des descriptions des auteurs anglais et français entre eux. Il semble que plusieurs affections dissemblables aient été décrites sous le même nom. La question du pian constitue un inconnu qu'il serait très intéressant de pouvoir éclaircir.

Sur un nouveau cas de trichotillomanie.

Par H. Hallopeau.

L'état morbide que nous avons décrit et proposé de désigner sous ce nom dans la réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis du 7 mai 1889, est caractérisé, d'un côté, par un prurit intense dans toutes les parties velues du corps, de l'autre, par une véritable vésanie qui porte les malades, non seulement à se gratter avec fureur, mais surtout à arracher ou à se casser les cheveux et les poils près de leur émergence : il en résulte une alopécie artificielle.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui paraît calqué sur celui que nous avons décrit en 1889, avec cette différence que l'alopécie est, chez lui, moins prononcée au cuir chevelu qu'à la face, aux aisselles et au pubis. Son histoire est la suivante :

Émile A..., âgé de 35 ans, entre, le 23 avril 1894, au numéro 25 de la salle Bazin.

Il a commencé, il y a cinq ans, à éprouver des démangeaisons dans les parties velues de son corps, à se gratter avec violence et à s'arracher les cheveux et les poils; existant constamment, les sensations provocatrices s'exaspéraient pendant la nuit; le grattage s'est même étendu à des parties du corps où il n'y a que des poils follets, telles que la face dorsale

du tronc. Depuis lors les mêmes phénomènes se sont constamment reproduits ; il s'agit donc d'une maladie essentiellement chronique.

A... paraît d'une constitution robuste. Il est alcoolique.

Sa physionomie est constamment sombre et triste, comme s'il était en proie à quelque grave préoccupation.

Il continue à éprouver, dans toutes ses parties velues, des sensations prurigineuses, augmentant par crises et s'accompagnant d'un besoin invincible de s'arracher les cheveux et les poils. Au crâne, l'alopécie est surtout appréciable dans la région occipitale ; on y voit beaucoup de cheveux cassés ; l'altération y est cependant moins frappante que dans les autres, peut-être parce que, le malade ayant les cheveux coupés très courts, il est plus difficile de reconnaître ceux qui ont été arrachés.

Les poils des sourcils sont très notablement raréfiés : beaucoup d'entre eux sont cassés à un ou deux millimètres environ de leur émergence. La barbe présente à un degré moindre la même altération. La moustache reste intacte.

C'est surtout dans les aisselles et au pubis que les altérations sont très prononcées : ces régions paraissent presque glabres ; les poils les plus longs y atteignent à peine 1 centim. de longueur ; beaucoup sont cassés au niveau même de leur émergence, ce qui prouve que leur brisure est toute récente. Dans ces régions d'ailleurs, comme dans toutes les parties atteintes, ils ne présentent aucune altération appréciable, soit à l'œil nu, soit au microscope. La seule modification que l'on puisse constater, en dehors de leur brisure, est, au pubis, l'engainement dans l'épiderme d'un certain nombre d'entre eux : il est identique à celui que l'on observe fréquemment dans le favus.

Au niveau des membres, et particulièrement à la partie postérieure des cuisses, les poils adultes sont également brisés.

Sur les membres inférieurs, ainsi que dans le dos, l'on voit un certain nombre de macules brunâtres que leurs caractères permettent de considérer comme les vestiges d'éruptions dues au grattage.

Nulle part il n'y a trace de prurigo.

L'application sur les parties velues de baume du commandeur mentholé et l'enveloppement avec du caoutchouc ont amené ces jours derniers un notable soulagement, mais les phénomènes continuent néanmoins à se produire, bien qu'avec moins d'intensité.

Nos deux malades présentent un type clinique nettement différencié et qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été décrit. Il rentre dans les prurits, puisque le fait initial est une démangeaison, mais il s'y joint un élément vésanique, car on ne peut comprendre autrement pourquoi le malade s'arrache avec furie les poils dans les parties où se font sentir ces démangeaisons ; on ne conçoit pas comment cette pratique peut procurer le moindre soulagement, d'autant plus que, nous le répétons, ces organes, ainsi que les parties environnantes, paraissent tout à fait sains.

Cet état morbide ne peut rentrer dans la classe des prurigos, puisque les papules et les croûtelles caractéristiques de ces éruptions font ici complètement défaut.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Il existe, comme nous l'avons montré en* 1889, *un état morbide constitué par de vives sensations prurigineuses, s'exagérant par accès, dans les parties velues du corps ;*

2° *Elles s'accompagnent d'une vésanie qui porte les malades à chercher un soulagement en arrachant les poils des régions où elles se produisent ; la maladie mérite à cet égard le nom de* TRICHOTILLOMANIE, *de* τίλλομαι, *qui signifie « j'arrache ».*

3° *Ni les poils, ni les téguments ne présentent d'altérations appréciables à l'œil nu : au microscope, les poils paraissent également intacts ; un certain nombre d'entre eux rampent sous l'épiderme ;*

4° *Il ne s'agit pas d'une variété de prurigo, car les éruptions caractéristiques de cette affection font ici complètement défaut ;*

5° *Cette maladie est de très longue durée et très vraisemblablement incurable ; la médication qui paraît le mieux soulager les malades est l'isolement des parties prurigineuses, soit à l'aide de vernis protecteurs, soit par l'enveloppement avec du caoutchouc.*

M. Fournier. — Il serait intéressant de rechercher les stigmates de l'hystérie dans les faits de ce genre. Ainsi, voyez : j'enfonce une aiguille dans le bras de ce malade, et il ne s'en aperçoit pas le moins du monde.

M. Besnier. — Il y a toute une série de variétés dans les faits de ce genre ; entre autres, des cas de trichotillomanie partielle, de trochophagie, d'onychophagie, etc., qui méritent d'être rapprochés les uns des autres.

M. Jullien. — J'ai vu plusieurs exemples de trichotillomanie partielle.

M. Fournier. — Je viens d'en observer un des plus remarquables. Un de mes malades de ville tortillait constamment ses sourcils et les arrachait ; parfois même il les mangeait. Cette manie était, disait-il, plus forte que lui. Je dois dire que c'était un névropathe avéré. Si l'on analysait l'état nerveux et les antécédents héréditaires de tels malades, on rencontrerait souvent quelque histoire névropathique.

M. Mathieu. — Il faut, en effet, chercher du côté de l'hérédité. Ce sont en général des névropathes, de la branche mentale, des dégénérés héréditaires.

M. Feulard. — Je connais une famille où l'onychophagie en est à la troisième génération.

Xanthome juvénile.

Par H. Feulard.

Dans un travail récent, fortement documenté (*Annales de dermatologie*, 1893, p. 1109), M. Török, étudiant les diverses formes de xanthome, a réuni trente cas de xanthome juvénile. Plus récemment encore, ici même (séance du 8 mars 1894), M. Thibierge vous montrait deux jeunes hommes, les deux frères, atteints de xanthome. Le cas que j'ai l'honneur de présenter n'est donc pas très rare; il m'a paru cependant, tant à cause du jeune âge de la malade que du développement rapide et de l'intensité des lésions, mériter de retenir un instant votre attention.

La nommée Léonie G..., âgée de 12 ans, nous était amenée, hier même, à la policlinique des maladies de la peau attachée au service de M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour des lésions singulières, développées depuis peu de temps sur les mains.

Il y a deux mois, l'enfant a ressenti dans les mains, qui en même temps devenaient livides, des fourmillements qui ont duré pendant quatre semaines environ ; puis apparurent une série de « boutons » qui, en un mois, ont acquis le développement et l'aspect qu'ils présentent aujourd'hui.

Les deux *mains*, mais surtout la droite, sont le siège, sur leur face dorsale, de nombreuses petites tumeurs qu'on prendrait à première vue pour des verrues, mais qui en diffèrent complètement. Leur volume varie depuis les dimensions d'un très gros pois jusqu'à celui d'une tête d'épingle ; leur couleur est blanc rosé, quelques-unes sont d'un rouge assez vif, un très petit nombre ont une coloration légèrement jaunâtre, ressemblant à de grosses gouttes de cire figée. Leur consistance est dure, cartilagineuse ; elles tendent la peau, qui est normale à leur surface, et sont comme immobilisées avec elle. Leur pression n'est pas douloureuse. Elles sont disposées symétriquement sur la face dorsale des doigts et plus particulièrement au niveau des articulations des phalanges entre elles et des phalanges avec les métacarpiens. Le dos des mains lui-même est indemne.

La paume des mains est également réservée, mais les doigts sont le siège, au niveau des régions phalangiennes, d'infiltrations xanthomateuses très épaisses, qui sous-tendent la peau de telle façon que les doigts sont à demi fléchis et que l'extension complète est impossible à droite, presque impossible à gauche.

L'apparence des lésions est telle que le diagnostic de *xanthome en tumeurs* s'impose ; d'ailleurs, la présence d'autres éléments xanthomateux en des régions du corps qui sont le lieu d'élection de la maladie vient encore le confirmer.

Depuis quelques jours, en effet, sont apparus d'autres éléments de xanthome, disposés actuellement comme il suit.

Au *coude droit*, au niveau de la tête radiale, *un* tubercule de la grosseur d'un gros pois, de couleur rose vif, avec une zone périphérique un peu jaunâtre.

Au *coude gauche*, dans la région symétrique, deux plaques xanthomateuses situées dans l'épaisseur de la peau, l'une de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Le *genou droit* est indemne; au-devant du *genou gauche*, *trois* papules : la plus grosse, comme un pois; les deux autres, plus petites, de couleur rosée ; un peu au-dessus du genou, deux papules miliaires, éléments naissants. La *face* est intacte ; nombreux boutons d'acné sur le front.

La teinte générale de la peau est à peu près normale; cependant les membres ont une couleur un peu livide, qui est surtout marquée aux mains. L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal. Pas de sucre dans les urines.

Comme antécédents, on trouve seulement à noter, comme dans tant d'autres observations de xanthome, une *jaunisse* venue sans cause, il y a quatre années, et qui aurait duré deux mois ; pas de maladies d'enfance; l'enfant a eu ses règles pour la première fois en mars dernier, elles n'ont pas réapparu. Un jeune frère, âgé de 10 ans, vu par nous, ne présente pas de xanthome.

La mère, âgée de 45 ans, n'a pas de xanthome ; elle est bien portante, mais migraineuse.

Le père est âgé de 37 ans ; il est bien portant, mais avec des coliques néphrétiques; c'est un homme très gros et gros mangeur ; la mère nous affirme que les urines de son mari ont été examinées et ne renferment pas de sucre.

Nous comptons d'ailleurs continuer l'enquête et faire part, s'il y a lieu, à la Société, des renseignements complémentaires.

M. Hallopeau. — Ces faits de xanthomes juvéniles et de familles viennent à l'appui de la théorie que j'ai soutenue l'an passé, après Touton et Kœbner, théorie d'après laquelle ces tumeurs doivent être considérées comme des néoplasmes bénins et d'origine embryonnaire, c'est-à-dire comme des nævi.

Varices des membres inférieurs. Lésions cutanées (atrophie avec cyanose, sclérose, pigmentation). Développement récent de varices et de lésions cutanées aux membres supérieurs.

Par MM. Béclère et Leredde.

Une femme de 51 ans, ménagère, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption de l'avant-bras et de la main gauches datant de 2 ans.

La santé générale est assez bonne en ce moment. Mais depuis son enfance, la malade a des abcès froids du cou, dont elle porte les cicatrices ; un est encore en évolution.

L'avant-bras gauche et la main sont d'une couleur rose un peu foncé, devenant bleuâtre dès que l'on exerce la moindre compression. La peau est sèche, et tous ses plis sont exagérés, elle se détache aisément du plan sous-cutané. Nulle part il n'y a d'éléments éruptifs. Le réseau veineux est développé plus que normalement, on s'en rend compte surtout à la région antibrachiale postérieure et en comparant l'avant-bras droit.

A la face postérieure du coude droit on trouve des taches bleuâtres arrondies, au niveau desquelles la peau est déprimée, atrophiée et finement plissée. Ces lésions, dit la malade, ne datent que de quelques mois. Les veines de l'avant-bras, bien moins développées qu'à gauche, paraissent cependant plus grosses, sont plus apparentes que chez les sujets sains.

La malade se plaint de varices des membres inférieurs. Et quand on découvre ceux-ci, on est frappé de la saillie considérable de grosses veines qui forment d'énormes cordons bleus soulevant la peau, assez peu flexueux. Parfois, surtout aux cuisses on remarque des varicosités cutanées, fines, violacées, tendant à former réseau.

La peau est altérée dans toute l'étendue des membres inférieurs, plus aux pieds et aux jambes qu'aux cuisses. Elle offre une teinte violacée universelle. Partout on la trouve amincie, et tous ses plis sont marqués, impossibles à effacer. Sur la face interne des jambes, symétriquement, l'aspect est autre, la peau devient blanche, cicatricielle, et s'unit aux parties profondes. Cependant, il n'y a jamais eu, dit la malade expressément, la moindre ulcération, et en effet les limites de la région ainsi altérée sont peu distinctes, peu à peu la peau reprend sa couleur violacée et redevient mince.

Autour du genou, et à la face interne des cuisses, on trouve des taches pigmentées brunâtres, petites, comprises entre les plis de la peau.

Les membres ne sont pas augmentés de volume. On relève seulement un léger œdème malléolaire et la malade n'a jamais remarqué d'enflure. Elle se plaint de quelques troubles fonctionnels, de pesanteur, de douleurs qui gênent son travail.

Si on compare les lésions cutanées des membres inférieurs et de l'avant-bras, on ne peut douter qu'elles soient de même ordre, mais bien moins intenses au membre supérieur. Ici il y a, à vrai dire, des varices, encore peu développées, récentes du reste. L'altération de la peau dépend de celle du système veineux.

Les points de cette courte observation que nous désirons mettre en relief sont les suivants :

a. Le trouble circulatoire ne suffit pas en général, à lui seul, à rendre la peau malade. Mais, dans notre cas, il a suffi à l'altérer profondément : et on peut se rendre compte à l'avant-bras que le premier phénomène est la gêne de circulation cutanée. Plus tard seulement surviennent l'atrophie et le sclérose de la peau.

b. La généralisation des varices, chez des malades qui n'ont aucune lésion du cœur, comme nous l'avons noté chez notre malade, est peu

connue. On ne peut l'attribuer dans notre cas qu'à un vice de nutrition du système veineux, comparable à ce qu'est l'artériosclérose pour le système artériel. Du reste ce vice de nutrition a été souvent invoqué pour expliquer les varices ; les conditions mécaniques de la circulation veineuse déterminent, dans l'immense majorité des cas, leur localisation exclusive aux membres inférieurs.

Pseudo-syphilide palmaire déterminée par l'antipyrine.

Par le Dr ALFRED FOURNIER.

Un de mes anciens clients, affecté de syphilis depuis 1887, mais indemne de toute manifestation spécifique depuis trois ans, revient me trouver, le 5 février de cette année, au sujet de ce qu'il considère comme un accident nouveau de sa maladie. Il me présente, en effet, une éruption palmaire qu'au premier coup d'œil, comme après examen plus prolongé, je prends pour un type de l'affection connue sous le nom détestable, mais consacré, de psoriasis palmaire syphilitique. Je lui prescris, en conséquence, une nouvelle cure mercurielle qui semble réussir à merveille, car l'éruption se dissipe à bref délai.

Un mois plus tard, nouvelle visite de mon malade, qui est « désolé, me dit-il, car son éruption lui est revenue ces derniers jours, malgré le traitement qu'il n'a pas discontinué ». Et ce qui l'inquiète bien davantage, ajoute-t-il, car il est marié, « c'est qu'il lui est sorti une éruption semblable sur le gland ». Ce dernier accident, qu'il s'empresse de me montrer tout d'abord, consiste en ceci : un placard papulo-squamelleux, sec, d'un rouge brun, d'un rouge jambon, puis-je dire, étalé sur la face inférieure du gland, depuis la région du frein jusqu'au niveau du méat, qui est encadré par un segment cerclé de l'éruption. Cette lésion, je l'avoue, me paraît d'emblée de nature spécifique. Puis, venant à la main affectée, j'y trouve six placards éruptifs, dont cinq sont localisés sur la région palmaire et un sur le pli cubito-palmaire. Tous sont d'un rouge sombre, virant au brun ; tous sont ou régulièrement orbiculaires ou légèrement ovales, à surface semée de petites squamelles blanchâtres. La plupart sont comparables, comme étendue, soit à une pièce de cinquante centimes, soit à une large amande ; un seul, plus considérable et régulièrement cerclé, a la dimension d'une pièce de deux francs. D'aspect, ils rappellent absolument le psoriasis palmaire syphilitique, et j'allais encore conclure à leur nature spécifique lorsque m'arrêta un tout petit détail objectif que voici. Au centre même d'un de ces placards, je découvris une minuscule, mais indéniable *vésicule*, aplatie, à peine saillante, d'où je pus faire sourdre par piqûre une

très fine gouttelette de sérosité. Jamais, que je sache, la syphilide psoriasiforme palmaire ne présente de vésicules. Donc, tout aussitôt, je suspendis mon diagnostic, me demandant si je n'étais pas sur le point de me laisser donner le change par une lésion à coup sûr très syphiloïde, mais étrangère à la syphilis. Cherchant ma voie en divers sens, je me mis à interroger mon malade sur les causes possibles d'une telle éruption, et, entre autres causes, à suspecter une éruption médicamenteuse. « Précisément, me répondit mon client, j'allais vous parler de cela. Figurez-vous que cette éruption m'est venue le lendemain d'un jour où j'avais pris un cachet d'antipyrine, à propos d'une migraine, affection à laquelle je suis sujet de vieille date. Et ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que mon éruption de février — celle pour laquelle je suis venu vous consulter — m'est également arrivée à la suite d'une prise d'antipyrine. Puis — voyez quelle série de coïncidences — en octobre dernier, étant en voyage, j'ai eu encore une éruption exactement identique à ces deux dernières, et je me rappelle parfaitement qu'elle m'est aussi sortie le lendemain d'une grande migraine pour laquelle je m'étais administré quelques cachets d'antipyrine. »

Trois éruptions identiques succédant à une même cause, c'était plus que significatif. Mon diagnostic était fixé, et, bien sûrement, l'éruption sur laquelle je m'étais trompé en février, comme celle d'aujourd'hui sur laquelle peu s'en était fallu que je ne commisse une même erreur, comme celle aussi d'octobre en toute vraisemblance, n'était rien autre qu'un exanthème dû à l'antipyrine.

Au surplus, une démonstration péremptoire m'en fut bientôt fournie. Car, le 11 avril, toujours à propos d'un accès de migraine, le malade reprit encore une dose d'antipyrine, et, dès le surlendemain, il venait me montrer une éruption palmaire qui était encore un type de syphilide palmaire (cette fois sans vésicule), avec quelques autres légers éléments éruptifs de même ordre sur le scrotum et la verge.

Donc, quatre fois de suite sur ce malade, une légère dose d'antipyrine (50 centigr. à 1 gr.) a déterminé des accidents éruptifs de *localisation* et de *forme objective* tout à fait bizarres et surtout (j'insiste sur ce point) absolument *syphiloïdes*.

I. Comme localisation, remarquez ceci d'abord : exanthème tout à fait partiel, régional, se cantonnant d'une façon rigoureusement exclusive sur la verge, le scrotum et, plus spécialement, sur l'une des mains ; — et où, sur cette main ? Sur la *face palmaire*, sur la face palmaire exclusivement, c'est-à-dire là où, pour des raisons non moins inconnues, se localise et se cantonne la syphilis avec une prédilection particulière, particulière à ce point qu'elle est considérée (non sans exagération, je l'avoue) comme significative, comme décisive au point de vue de la spécificité d'origine. Inutile de rappeler à ce propos

un mot bien connu de Ricord : « Le psoriasis palmaire, c'est la signature de la vérole dans la main du malade. »

II. D'autre part, quels ont été, dans les trois cas où j'ai pu les déterminer sur le malade en question, les caractères objectifs de cet exanthème d'antipyrine ? Précisément ceux qui constituent la physionomie objective des syphilides papulo-squameuses, et de ces syphilides notamment qui, survenant dans des étapes plus ou moins avancées de l'infection et d'expansion restreinte, se bornent à quelques éléments éruptifs localisés çà et là, sur la verge, sur le scrotum, à la région palmaire. C'est-à-dire qu'ils ont consisté en ceci :

Des placards papulo-squamelleux ; — légèrement papuleux et pauvrement desquamatifs ; — orbiculaires ou ovales de contour ; — variables d'étendue, depuis la dimension d'une pièce de vingt centimes jusqu'à celle d'une pièce de deux francs ; — à surface sèche, d'un rouge foncé, sombre, jambon ; — indolents et non prurigineux ; — bref, rappelant exactement, comme physionomie générale, l'aspect des syphilides papulo-squameuses, notamment de la syphilide dite psoriasis palmaire.

Localisation et aspect objectif concourent donc en pareil cas à donner le change sur la nature de l'exanthème, au point qu'une erreur de surprise est plus que facile en pareille occurrence.

Sans doute, on pourra être éclairé en de tels cas par quelque détail, par quelque éventualité objective, dirai-je, telle que celle de l'addition d'un élément non syphilitique à un ensemble d'apparence syphilitique. Exemple : la petite vésicule qu'il m'est arrivé de surprendre au centre même d'un placard qui avait, à cela près, tous les caractères d'une lésion spécifique. Mais, si de tels éléments accessoires ou, je répète le mot, éventuels (car, en trois fois, je n'ai découvert qu'une seule fois un élément vésiculeux), ne viennent pas fournir la lumière, l'ensemble objectif plus qu'insidieux conduira à l'erreur.

Voilà plus de trente ans que je vois journellement plusieurs cas de psoriasis palmaire syphilitique ; c'est donc pour moi ce que je puis appeler une vieille connaissance. Eh bien, néanmoins, vous venez de voir qu'il m'est arrivé de m'y tromper et de prendre pour tel un exanthème palmaire qui n'avait rien de syphilitique. Vous m'accorderez donc bien, je le pense, qu'il fallait que cet exanthème affectât avec la syphilide une ressemblance vraiment singulière.

Tel est, en tout cas, le fait que j'ai eu en vue de mettre en lumière par le récit du cas précédent, et je conclurai en disant :

Au nombre des accidents éruptifs bizarres que peut produire l'antipyrine (et vous savez si elle peut en produire de bizarres, à preuve la récente et si curieuse communication de notre collègue, M. Brocq), prend place une éruption constituée par ce qu'on pourrait appeler une *pseudo-syphilide palmaire* ;

Éruption doublement remarquable : 1° par sa localisation systématique et souvent exclusive sur la *face palmaire* de la main ; — 2° par son ensemble objectif qui est ou peut être exactement celui de la syphilide palmaire.

M. Morel-Lavallée. — L'antipyrine a en effet le privilège de produire des éruptions aux mêmes sièges chez la même personne ; de plus, elle produit souvent des lésions syphiloïdes, témoin cette glossite (en plaques fauchées) dont j'ai rapporté ici l'observation. Mais le cas de M. Fournier est plus intéressant encore, la lésion dite psoriasis palmaire étant plus spéciale encore à la syphilis.

M. Jullien. — Le malade avait-il eu du psoriasis palmaire avant que M. Fournier se soit rendu compte de l'action de l'antipyrine ?

M. Fournier. — Oui ; dès 1887, le malade a été atteint de lésions que je considérais et traitais comme des syphilides palmaires. Mais s'agissait-il vraiment de syphilis ? car le malade a fréquemment pris dès cette époque de l'antipyrine pour des migraines incessantes. Peut-être étaient-ce là déjà des éruptions d'antipyrine.

Contribution à l'étude histologique du mycosis fongoïde.

Par M. E. Leredde.

Voir page 509.

M. Darier. — Dans la thèse de Perrin sur la sarcomatose, il est signalé un cas dans lequel ont été trouvées des lésions, à l'examen histologique, en des points où la peau paraissait saine.

Nævus pigmentaire verruqueux développé sur les territoires des branches du plexus cervical superficiel.

Par le D[r] Georges Etienne, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

(Clinique de M. le professeur P. Spillmann.)

Depuis les travaux de Leloir, Dejerine, Chabrier, Kopp, on tend de plus en plus à rattacher à des lésions nerveuses certaines affections cutanées telles que l'ichtyose, le vitiligo, quelques formes de pemphigus. J'ai rapporté déjà un cas de dermite vésiculeuse nettement localisée à une région hémiplégiée (1). De même, on a signalé la coïncidence des nævi avec des affections de l'appareil nerveux central ou

(1) G. Etienne. *Les pyosepticémies médicales*, 1893, p. 115.

périphérique : chez des arriérés [Besnier] (1); chez un enfant atteint d'un méningocèle de la région spinale supérieure [Rossi] (2). Kaposi (3) a montré à la Société viennoise de dermatologie un jeune homme porteur de petits nævi de couleur rouge bleu, légèrement saillants, disposés en séries linéaires sur les deux mains, surtout aux doigts, et sur les orteils, systématisation qui appelle naturellement l'idée d'une origine nerveuse. Chez un malade, dont l'histoire fut rapportée par M. Hallopeau, il existait une éruption de nævi lichénoïdes kératopilaires occupant, du côté droit du corps, la main, l'avant-bras, le bras et l'épaule, suivant la sphère de distribution du nerf cubital ; sur le tronc, plusieurs demi-ceintures ayant la forme d'une éruption [zostérienne], répondaient à l'innervation de plusieurs nerfs intercostaux. Dans une observation de Muller (4), la lésion occupe toute la moitié droite du corps. Enfin, de trois faits observés à la clinique Pick, Spietschka (5) conclut que la disposition des anomalies est limitée au territoire des ramifications des nerfs cutanés. Deux fois leur groupement ressemblait à celui de l'Herpes Zoster ; pour le troisième fait, les lésions étaient assez bien réparties dans une zone innervée par plusieurs ganglions spinaux successifs.

C'est à un cas de même ordre que se rapportent l'observation et les photographies suivantes, que j'ai recueillies en 1890 à la clinique de M. le professeur Spillmann.

La nommée B..., âgée de 15 ans, se présente au service, au mois d'octobre 1890. Nous ne relevons rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou familiaux. Elle n'a jamais été malade, elle est bien conformée et serait parfaitement constituée sans l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Cette affection est congénitale, et n'a, depuis la naissance, nullement changé ni d'aspect ni de position topographique ; elle s'est régulièrement accrue parallèlement à la taille de la jeune fille.

Elle se présente, sous forme de placards disposés sur le côté droit de la face, du cuir chevelu et de la partie supérieure du thorax, avec un aspect un peu différent suivant ces régions.

Le centre de la lésion paraît siéger au cou, environ à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. C'est une plaque à peu près horizontale, se dirigeant en arrière vers les dernières vertèbres cervicales ; en avant, s'incurvant pour arriver au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite et venir mourir le long du bord droit du sternum. Elle est large de trois ou quatre travers de doigt, à contours déchiquetés,

(1) BESNIER. *Société de dermatologie*, 1890.
(2) ROSSI. *Rivista clinica e terapeutica*, 1893.
(3) KAPOSI. *Société viennoise de dermatologie*, 30 avril 1890.
(4) MULLER. Nævus verrugineux unilatéral. *Arch. f. Dermat.*, 1892.
(5) SPIETSCHKA. Ueber sogenante Nerven-nævi. *Arch. f. Dermat.*, 1894, XXVII, 1, page 27. (A consulter pour la bibliographie allemande de cette question.)

géographiques. Elle revêt un aspect craquelé, parqueté, et est constituée par des groupes confluents de verrucosités assez dures, rugueuses, agglomérées par leur base mais séparées par des sillons profonds et très étroits ; le relief formé au-dessus du niveau de la peau saine est d'environ 5 millim. La couleur est absolument mélanique, presque « bois d'ébène ».

Un prolongement très important se détache vers l'angle de la mâchoire, suit la direction du maxillaire inférieur, se terminant à l'extrémité antérieure de cet os et à la commissure labiale. Sur ce placard, les végétations sont d'un noir moins intense, et aussi moins développées, moins saillantes et moins individualisées; mais il se détache quelques petites houppes filamenteuses, mousseuses, d'aspect un peu soyeux, de couleur blanche, et formant sur la tache fondamentale un relief de plus de 1 centimètre.

Toujours de l'angle de la mâchoire, part une autre branche, présentant le même aspect que la précédente, venant occuper toute la région parotidienne ; elle offre aussi quelques bouquets filamenteux.

Autre ramification se dirigeant le long du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, envahissant toute la partie périphérique du pavillon de l'oreille, surtout la région du lobule, et remontant sur l'hélix en atténuant ses caractères morphologiques par se terminer en haut par un volumineux papillome.

La région de la tempe est occupée par un placard moins coloré, arrivant en avant jusqu'à l'angle externe des paupières, et, en arrière, allant se perdre dans le cuir chevelu vers la région pariétale.

Enfin, une dernière localisation siège sur l'épaule droite, au niveau du trapèze, et arrive vers l'acromion.

Le diagnostic de *nævus pigmentaire verruqueux* s'impose ; il n'y a pas lieu de le discuter.

Ce qui frappe tout d'abord, dans ce cas, c'est la disposition de la lésion. Elle est unilatérale, présentant manifestement un centre où les verrucosites revêtent leur maximum de développement et de pigmentation ; puis, de cette sorte de point nodal, partent en rayonnant des branches qui suivent des directions bien déterminées, mais dans lesquelles les caractères morphologiques des verrues s'atténuent de plus en plus à mesure qu'elles arrivent vers la périphérie ; toutes ces branches s'éteignent un peu avant d'arriver sur la ligne médiane, qui, en aucun point, n'est atteinte.

A première vue, et c'est là le point intéressant de cette observation, il est facile de se rendre compte que la *disposition de ce nævus reproduit avec une remarquable fidélité, la disposition anatomique du plexus cervical superficiel*, dont toutes les branches sont cutanées.

Si l'on compare, sur un atlas, la distribution anatomique du plexus cervical superficiel et, d'autre part, la disposition des nævi dont nous avons rapporté l'observation, on verra que le point central d'où rayonnent les ramifications de la lésion et où, en même temps, ses

caractères sont le mieux marqués, correspond bien au point d'issue des branches du plexus ; que la branche qui part vers l'oreille et vers la région parotidienne suit rigoureusement la zone d'innervation de la branche nerveuse auriculaire ; que le placard qui occupe la région de la tempe et le cuir chevelu correspond à la sphère des filets auriculaires internes et de la branche mastoïdienne ; que la bifurcation suivant le maxillaire inférieur vers le menton relève de la branche transverse du plexus ; c'est encore à cette dernière, et aussi aux branches sus-sternales, que ressortit le placard de la région antérieure du cou et de la partie antéro-supérieure de la poitrine. Enfin, la dernière localisation, située à la région supérieure de l'épaule, vers le trapèze, appartient à la zone des branches sus-acromiales.

Aucun fait, je crois, ne peut être plus propre à montrer les rapports des nævi avec la distribution des nerfs cutanés.

Il est à noter, en effet, qu'on ne peut invoquer ici aucune connexion avec un appareil autre que le système nerveux périphérique ; la disposition de la lésion, notamment, ne correspond nullement à celle du système vasculaire cutané, étudié par Manchot (1).

Par quel mécanisme les nerfs interviennent-ils dans la constitution de ces malformations hypertrophiques de la peau ; quelle est la cause de la localisation à une portion bien délimitée du système périphérique ? C'est ce que nous ignorons complètement. Petersen (2) a attiré l'attention sur les relations d'un nævus avec le système des lignes de Voigt, c'est-à-dire avec les districts de séparation entre la sphère d'action des deux nerfs. Or, dans l'observation ci-dessus, les nævi siègent non pas au niveau de ces lignes de démarcation, mais, au contraire, bien dans la zone d'innervation d'un groupe nerveux anatomiquement déterminé.

Il faut remarquer encore que ce phénomène n'existe pas seulement dans le nævus verruqueux pigmentaire, mais qu'il a aussi été signalé dans des cas de tumeurs sudoripares congénitales (Petersen) et de nævus vasculaire (Augagneur) (3).

M. Doyon donne lecture : 1° d'une observation de *Lèpre mutilante analgésique autochtone*, adressée par M. Etienne, de Nancy ; 2° une observation de *Lèpre tuberculeuse autochtone*, par le professeur Bernheim, de Nancy.

(1) Manchot. *Die Haut arterien des menschlichen Korpers*, 1889.
(2) W. Petersen. *Archiv. f. dermat. u. syph.*, 1892, p. 919.
(3) Augagneur. *Société des sciences médicales de Lyon*, 1894, 2 mai.

Élections.

M. Feulard est nommé *archiviste.*

MM. Dubreuilh, Jacquet, Perrin, Verchère, secrétaires sortants, MM. Louis Wickham et E. Jeanselme, sont nommés *secrétaires des séances.*

MM. Dubois-Havenith, professeur agrégé à la Faculté de Bruxelles; Brault, professeur suppléant à l'école d'Alger; Sabouraud, Leredde, sont nommés membres titulaires.

MM. Keser, de Genève; Jacobi, de Fribourg-en-Brisgau, sont nommés membres correspondants.

Le secrétaire,

Louis Wickham.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 4 janvier 1894.

Président : M. Lassar. — *Secrétaire* : M. Saalfeld.

Traitement de la sclérodermie.

M. Schutte présente un malade qui, atteint de sclérodermie, a été traité par des bains salés prolongés et le massage à la vaseline salicylée, d'abord à 2 p. 100, plus tard à 5 p. 100, enfin jusqu'à 8 et 10 p. 100. Le malade est maintenant en possession de ses membres et en état de pouvoir exécuter son travail. Durant le traitement, l'urine examinée journellement était libre d'albumine, mais contenait, pendant l'emploi des pommades plus fortes, de l'acide salicylique. Il y a un an maintenant, une dame qui avait été traitée de la même manière, dans la clinique de M. Lassar, avait été présentée dans cette Société ; jusqu'aujourd'hui, elle n'a pas eu de récidive.

M. Lassar ajoute que, lorsque le premier cas traité de cette manière fut présenté dans cette Société, on exprima des doutes sur l'effet de cette thérapie. Le malade présenté maintenant sert de preuve que l'acide salicylique est absorbé, et que l'opinion prononcée il y a un an sur l'effet du médicament, s'est confirmée.

De la vaccine généralisée.

M. Peter présente un garçon de 5 ans, reçu dans la clinique de M. Lassar le 5 octobre de l'année passée. Le petit malade montrait sur la figure, les bras et la poitrine, un exanthème pustuleux qu'on aurait pu regarder comme de la variole, si l'état général favorable et la température ne parlaient contre cette diagnose. L'enfant n'avait jamais été vacciné à cause d'un eczéma datant de la première enfance. Sa sœur, âgée de 2 ans, et vaccinée avec de la lymphe animale, fut baignée avec lui dans la même baignoire. Il faut que, à cette occasion, la vaccine se soit inoculée aux parties dénudées d'épiderme : une vaccine généralisée en résulta. L'affection disparut en trois semaines, mais laissa des cicatrices visibles. L'influence favorable sur l'eczéma ne fut que passagère. Les cas mentionnés dans la littérature ne concernent que des auto-inoculations ; il n'y a que quatre cas dans lesquels on a trouvé une transmission, par d'autres personnes. Trois d'entre eux ont été publiés, il y a peu de temps, à la clinique des enfants de Munich ; l'auteur est d'avis que la généralisation se fait par une sorte de métastase en prenant la voie des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Il semble plus simple de supposer que la propagation s'est faite, dans tous ces cas, d'une manière mécanique. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que l'éruption, presque isochrone

sur tous les points, ne prend que les parties dénudées d'épiderme et reste restreinte à celles-ci.

M. Ledermann a traité, il y a quelques semaines, un garçon qui fut pris d'une vaccine généralisée par suite de vaccination. Mais on voyait dans ce cas aussi l'exanthème sur des parties que les doigts ne pouvaient atteindre, par exemple sur la peau entre les deux omoplates. Si l'on ne veut donc pas retourner à la supposition que l'affection est transmise par les habits, il faut accepter l'opinion qu'elle se propage par les voies lymphatiques.

Maladie professionnelle pas encore décrite.

M. G. Lewin présente un malade traité de la syphilis par des injections d'oxycyanate de mercure. Il montrait sur le dos de la première phalange des deux pouces deux tumeurs calleuses et, en outre, une ulcération fistuleuse entre le premier et le deuxième doigt. Il s'agit d'une maladie professionnelle pas encore décrite. Le malade est vacher dans une laiterie, et croit que les tumeurs se sont développées parce qu'en trayant il appuie les quatre doigts sur un côté et le pouce fortement fléchi sur l'autre côté de la tétine. C'est par cette irritation journellement répétée que l'épaississement de la peau s'est fait. Quant à l'ulcération, l'origine n'est pas claire. Elle laissait voir une sécrétion séreuse et dans son fond plusieurs crins qu'on en pouvait enlever. Comme elle se ferma plus tard, on ne peut penser qu'à une irritation mécanique. Il n'y avait nulle raison de croire à la syphilis ou à la tuberculose. Il serait intéressant de savoir si cette affection a été aussi observée ailleurs.

M. Lassar a eu souvent l'occasion de voir des tubercules anatomiques présentant une certaine ressemblance avec le cas présenté. Il ne croit guère que la tétine soit assez dure pour produire une telle irritation.

M. Lewin est d'avis que, pour un tubercule anatomique, la tumeur est trop molle. Secondement, celle-ci est toujours sèche, tandis que les tubercules en question suintent souvent; enfin le malade raconte que plusieurs camarades ont le même épaississement de la peau à la place indiquée.

Syphilis nerveuse.

M. Ledermann présente un malade souffrant de syphilis dès 1890, et traité par un grand nombre d'injections. En 1891, il eut une récidive; en 1892, il fut pris d'une iritis qui ne fut pas regardée comme spécifique. Au mois d'avril de l'année passée, il eut une ulcération gommeuse de la jambe, traitée par l'iode. Elle récidiva en octobre.

Le 6 novembre, au moment de vouloir se lever, le malade s'aperçut que la jambe gauche était engourdie. Il y sentit un certain froid, et avait perdu dès ce moment la faculté de marcher sans chanceler. Lorsque M. Ledermann le vit, le lendemain, le malade s'appuyait sur une canne. Le réflexe rotulien était augmenté, surtout du côté gauche; il y avait un clonus très prononcé des pieds; les nerfs des extrémités supérieures, de la figure et de l'appareil musculaire des yeux étaient normaux. La démarche avait un caractère spastique, la jambe gauche était plus faible et douloureuse dans toute son étendue. Du côté de la vessie et du rectum, il y

avait des troubles légers. Il ne peut s'agir que d'une altération siégeant dans la région des derniers nerfs dorsaux. Le cas est typique pour les troubles centraux par suite de syphilis, car de tels malades sont pris en général soudainement. Le malade a pris 149 gr. d'iodure de potassium et a fait des frictions avec 3 gr. de mercure à la résorbine par jour. Les symptômes sont moindres : il marche sans canne, le sentiment de froid a disparu, le réflexe patellaire n'est plus si fort. M. Ledermann ajoute que le malade a maintenant une stomatite et une gingivite par suite de l'emploi de la résorbine.

M. Isaac demande si M. Ledermann est en état de préciser davantage le siège de l'affection ; s'il faut supposer plusieurs foyers ou s'il ne s'agit que d'une seule localisation.

M. Ledermann croit qu'il s'agit d'une myélite dans la région des dernières vertèbres dorsales par suite d'une compression produite par des tumeurs gommeuses dans les enveloppes de la moelle.

M. Isaac croit qu'il faut commencer, dans ces cas, tout de suite avec de grandes doses de mercure.

M. Ledermann répond que, comme le malade souffre déjà d'une gingivite par suite de petites doses, il aurait fallu interrompre le traitement encore plus tôt si l'on avait suivi l'opinion de M. Isaac.

Démonstration d'un diplocoque de l'urèthre.

M. Immerwahr montre une préparation provenant de la clinique de M. O. Rosenthal, relative au diplocoque qu'il a trouvé dans l'urèthre de l'homme, en essayant de cultiver le gonocoque. Il se servit, pour cela, en premier lieu, du sérum humain provenant du placenta. Il réussit plusieurs fois à voir, sur les plaques de sérum additionné d'agar, des colonies ressemblant à des gonocoques. Mais il ne parvint pas à les isoler, le sérum n'étant presque jamais libre de germes. Plus tard, il se servit, selon le conseil de Menge, du liquide provenant d'un kyste de l'ovaire. Ces expériences ont été négatives jusqu'à présent, ce qui provient probablement de la quantité considérable de mucine contenue dans ce liquide ; mais elles sont continuées. Au lieu de cela, on trouva, sur les plaques, un diplocoque dont la forme, la couleur et la configuration des colonies ressemblaient beaucoup au gonocoque.

Dans les préparations microscopiques du pus pris de l'urèthre, on voyait également de nombreux diplocoques situés autour du noyau des cellules comme le gonocoque. Mais ce coccus se décolore, d'après la méthode de Gram, et se développe aussi sur les milieux ordinaires, en gardant sa vitalité plus longtemps. Les cocci isolés sont en général plus grands que le gonocoque, à peu près 1 μ. Ce diplococcus est donc facile à distinguer de ceux qui ont été décrits par Mannaberg, Steinschneider, Petit, etc., aussi bien que du gonocoque de Neisser. Ses colonies sur l'agar sont de couleur grisâtre ; il se développe lentement sur la gélatine, mais ne la liquéfie pas. Il semble être identique au diplococcus décrit, en 1893, par Hugounenq et Eraud, auquel ils ont donné le nom de *orchiococcus*. Ces auteurs prétendent qu'on trouve ce coccus chaque fois qu'une épididymite se joint plus tard à la gonorrhée. Ils ont, en outre, réussi à produire une

orchite en en injectant dans le testicule d'un chien. Ces auteurs sont aussi parvenus à obtenir la toxalbumine de ce coccus, plus efficace encore que la culture elle-même. M. Immerwahr a également trouvé, dans deux cas d'épididymite, ce soi-disant orchiococcus dans le pus de l'urèthre, mais il n'est pas en état de dire si le malade qui a fourni les préparations démontrées, a eu plus tard une épididymite.

M. Casper n'est pas convaincu qu'il s'agit d'un nouveau diplocoque. Il a l'impression qu'il s'agit du staphylococcus et que c'est par pur hasard qu'on voit des cocci réunis à deux. Un diplocoque doit garder partout sa configuration caractéristique. Gram a décrit lui-même un diplocoque qui se décolore d'après sa méthode ; en outre, la couleur sous laquelle un objet se présente dépend très souvent de la lumière dont on se sert.

M. Rosenthal mentionne qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître un diplocoque dans une colonie ; il faut se servir souvent d'un moyen raréfiant pour isoler les individus et reconnaître leurs caractères.

M. Heller demande de quelle manière M. Immerwahr a réussi à reconnaître que les cocci situés dans les cellules étaient des orchiococci. M. Immerwahr répond que la grandeur et la forme lui faisaient reconnaître la différence.

M. Casper croit qu'il faudrait toujours être en état de reconnaître les staphylococci comme tels. Dans la préparation démontrée, on ne les voit que réunis en tas.

M. Rosenthal répond que c'est peut-être la raison pour laquelle M. Casper ne réussit pas à bien distinguer la forme.

M. Immerwahr dit qu'on pourrait peut-être croire qu'il y a, outre les orchiocci, aussi des staphylococci dans la préparation ; mais ceux-ci ont tous la même forme et sont rangés en forme de grappes, tandis que les cocci démontrés sont isolés et montrent différentes configurations.

Discussion sur la thèse de M. G. Lewin : « Sur la leucodermie ».

M. Isaac concède qu'il y a des personnes qui montrent une leucodermie, sans avoir eu la syphilis, mais le caractère de cette affection est tout à fait différent. La leucodermie spécifique montre, comme toutes les affections syphilitiques, une symétrie bilatérale. Le cou est entouré de cercles d'une forme bien distincte et facile à reconnaître.

M. Immerwahr se souvient d'avoir vu des cas de vitiligo dont il était assez facile de faire la diagnose : les taches n'avaient pas de forme annulaire, et toute la coloration était autre. La leucodermie est de grande importance comme moyen diagnostique auxiliaire et la configuration des taches sert à en reconnaître la nature.

M. Rosenthal mentionne que l'exposé de M. G. Lewin en impose par le nombre considérable d'observations et les points de vue pas encore connus, sur lesquels il dirigera aussi à l'avenir son attention, en continuant à examiner la question, qui lui semblait déjà définitivement décidée dans le sens de Neisser. Mais ce point lui semble hors de discussion que chaque cas de leucodermie provoque l'idée de syphilis et donne une direction déterminée à l'exploration du malade.

M. Ledermann se souvient avoir vu, à Breslau, une jeune fille avec une

leucodermie prononcée, sans montrer d'autres symptômes. L'exploration exacte ne fit trouver qu'une seule plaque au col de la matrice.

M. G. Lewin revient encore à l'exactitude de ses examens et n'est pas d'accord avec l'opinion de M. Isaac quant à la symétrie des exanthèmes syphilitiques. Aussi la description donnée par M. Isaac ne coïncide pas avec celle qui se trouve dans la littérature. Les malades avec leucodermie non spécifique ont été vus par nombre de collègues. Aussi on la trouve chez des malades infectés, il y a cinq, six semaines, en nombre plus considérable que chez ceux qui sont malades depuis plus longtemps. Si l'on accepte la leucodermie comme symptôme de syphilis, on serait enclin de soumettre ces sujets à un traitement antisyphilitique ; ce qui conduirait à des conséquences bien tristes. On ne peut guère supposer dans tous ces cas une syphilis latente.

M. Lassar veut qu'on décide, en premier lieu, la question, si la leucodermie est caractéristique pour la syphilis ou non. Secondement — et c'est la chose principale — il faut trancher la question, si elle est un symptôme de syphilis floride. M. Lassar a toujours pensé qu'il faut ranger la leucodermie entre les symptômes post-syphilitiques, et pas entre les signes floridés. Pour cette raison, il croit que le traitement est sans valeur. Si l'on fait cette différence principale de distinguer entre les symptômes réellement actuels et les symptômes post-syphilitiques, on parviendra aussi à comprendre mieux les affections du centre nerveux. On ne peut attendre un succès du traitement antisyphilitique que quand il n'y a pas encore de produits de destruction.

M. Rosenthal remarque que la différence entre l'opinion de M. Lewin et de M. Neisser consiste que le dernier reconnaît la leucodermie comme signe pathognomonique d'une syphilis dont l'infection date entre six mois et deux ans, tandis que M. Lewin ne lui reconnaît qu'une valeur restreinte et est d'avis que, dans les cas positifs, on n'a pas le droit de faire une conclusion, quant à la durée de l'infection. Mais ni d'autres auteurs, ni M. Rosenthal lui-même, ont regardé ce symptôme comme un signe de syphilis récente et ont inauguré pour cette raison seule une cure antisyphilitique.

M. Isaac se souvient qu'il a montré, il y a quelques années, un malade avec une leucodermie aux fesses. La discussion qui s'y attachait ne donna pas de résultat.

M. Palm mentionne la thèse de Haslund, de Copenhague, à la Société de dermatologie, qui avait trouvé la leucodermie chez 60 p. 100 de toutes les femmes, et prétend qu'aux places prises de leucodermie, il ne se développe plus de poils, tandis que Neisser est d'opinion opposée

M. Lewin dit que Neisser prétend que, quand il n'y a pas d'autre symptôme que la leucodermie, c'est un signe de syphilis en sens positif et négatif, ce qui n'est pas bien clair à M. Lewin. Car tous les auteurs sont d'accord qu'on trouve seulement dans un petit pourcentage de syphilis en voie de disparition, la leucodermie. M. Lewin l'a trouvée dans 60 cas p 100, Fournier dans quelque cinquantaine p. 100, et d'autres auteurs pas du tout. Ainsi la valeur négative est minime. La leucodermie ne se trouve chez des gens bien portants qu'en 20 p. 100 ; mais Kaposi, Fournier et

d'autres ont aussi observé ce symptôme, comme lui-même, chez des gens non syphilitiques. O. ROSENTHAL.

SOCIÉTÉ DE L'HOPITAL MILITAIRE DE KIEFF

Séances de septembre et d'octobre 1893.

Chancre de la lèvre et chancre du gland concomitants.

BAROWSKY. — Malade présentant sur la muqueuse de la lèvre supérieure une fissure superficielle siégeant sur une base indurée, de volume d'une noisette. Les ganglions sous-maxillaires et préauriculaires sont fortement engorgés. En même temps on trouve un chancre induré type sur le frein du gland avec engorgement des ganglions inguinaux et axillaires. Enfin une roséole confluente couvre le tronc et les membres. Il s'agit d'un accident syphilitique primitif double. D'après le malade le chancre labial est le premier en date, le chancre du gland n'a apparu qu'au bout d'un mois. Il affirme que l'inoculation au gland est due à la salive transportée par les mains ; quant au chancre labial, il serait dû à l'inoculation par un objet quelconque.

M. Barowsky n'admet pas cette filiation des accidents, car si le chancre labial est le premier en date, on ne peut pas admettre, en l'état actuel de la science, l'inoculation du second chancre (sur le gland) *un mois après*. En plus, ce cas n'est pas absolument extra-génital puisqu'il existe un chancre sur le gland. M. Barowsky pense plutôt que le malade a eu des rapports sexuels avec une femme syphilitique, qu'il a embrassée, d'où inoculation simultanée à la lèvre et au gland et apparition de deux chancres. On peut à la rigueur admettre que le chancre labial a apparu le premier (mais en tout cas pas un mois avant le chancre du gland), ou bien que les deux chancres ont apparu simultanément, mais le chancre labial a le premier attiré l'attention du malade.

Papillome villeux de la langue.

M. SALOMKA montre un malade qui présente sur la face dorsale de la langue une tumeur brun foncé qui s'étend comme un coin depuis la base de la langue des papilles caliciformes jusqu'à sa partie moyenne. Cette tumeur, compacte et intimement unie à la muqueuse à première vue, est plus élevée au niveau de la base de la langue. Elle est indolore, molle et se laisse facilement écraser sous le doigt. L'examen plus attentif montre qu'elle est constituée tout entière par des filaments longs et indépendants les uns des autres, ressemblant à des cheveux, surtout par leur couleur. Cette tumeur assez rare, est bénigne, mais comme toutes les affections de la muqueuse linguale (herpès, pemphigus, lichen, plaques des fumeurs, fissures, crevasses) elle peut à un certain âge et dans quelques conditions subir une dégénérescence maligne. Cette tumeur villeuse de la langue est due à l'hypertrophie de l'épithélium des sommets des papilles, donnant lieu à des prolongements longs et effilés, ressemblant à des cheveux. Le

traitement est chirurgical : enlever par une anse de galvano-cautère ou par des cautérisations. S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MOSCOU

Séance du 13 décembre 1893.

Paralysie bulbaire d'origine syphilitique (probable).

M. Filatoff. — Enfant âgé de 11 ans, bien portant à la naissance. Pas d'antécédents héréditaires connus de syphilis. Jamais d'accès d'impaludisme. Développement médiocre. A marché à 2 ans. Depuis un an augmentation du volume du ventre. Depuis sept mois, aphasie motrice progressive. Le petit malade est amené à l'hôpital à cause de l'inintelligibilité de la parole, du volume considérable du ventre, de la parésie des membres supérieurs.

A l'examen : météorisme abdominal, hypertrophie de la rate qui dépasse les fausses côtes gauches de quatre travers de doigt. Voix nasonnée. Pas de troubles de sensibilité spéciale. Mouvements convulsifs des globes oculaires par moments. Paralysie de l'orbiculaire des lèvres, qui doivent être écartées avec la main pour l'introduction des aliments dans la bouche. Les masséters agissent bien, mais les ptérygoïdiens sont paralysés, la projection de la mâchoire en avant et la déduction sont impossibles. La langue n'est pas atrophiée, mais la plupart de ses mouvements sont abolis. Paralysie du voile du palais avec perte de ses réflexes, cependant la déglutition est normale. La contractilité électrique dans la zone du facial est conservée.

Les membres supérieurs sont étendus, rigides, sans atrophie musculaire et présentent un tremblement plus ou moins prononcé pendant l'exécution des mouvements volontaires. Certain degré de contracture des membres inférieurs, mais la marche est peu gênée.

Après quinze jours d'expectation, M. Filatoff institua un traitement ioduré qui amena en quinze jours une amélioration très nette. La parole est beaucoup plus facile, la paralysie de l'orbiculaire tend à disparaître. D'après le rapporteur, il s'agit de plaques de sclérose dans le cerveau et le bulbe, survenues chez un syphilitique héréditaire. La débilité dans la première enfance, l'hypertrophie considérable de la rate, l'efficacité du traitement ioduré parlent en faveur de son hypothèse.

M. Kissal ne partage pas cette opinion, car, sauf l'hypertrophie de la rate, on ne trouve aucune manifestation de la syphilis héréditaire.

M. Miller croit au contraire qu'il s'agit bien là de syphilis, et si on a fait des objections qu'il n'y avait pas chez l'enfant d'engorgement ganglionnaire, c'est que les ganglions ne sont généralement pas hypertrophiés chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, ce qui distingue cette dernière de la syphilis acquise. S. Broïdo.

Ve CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Séance du 30 décembre 1893.

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Structure de nodosités de la morve.

M. Moïsséïeff. — Le rapporteur a observé pendant très longtemps la morve chez un malade de 22 ans qui a succombé. L'autopsie a démontré une infiltration puriforme du tissu conjonctif des extrémités ; des nodosités circonscrites, de volume d'un pois ou d'un haricot dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire ; de nombreux noyaux d'hépatisation dans les poumons ; des nodosités de volume d'une noisette dans les reins ; une ulcération de la cloison du nez.

Les nodosités cutanées étaient formées de cellules unies et polynucléaires, de globules blancs ; il y avait dégénérescence muqueuse et graisseuse des cellules. Autour, un tissu granuleux peu annulaire et peu large, pauvre en cellules ; thrombose veineuse. Dans les poumons, pneumonie catarrhale. M. Moïsséïeff a fait des expériences sur les animaux (12 chiens et 8 cobayes) en leur introduisant des bâtonnets de la morve dans le sang et le péritoine. Il a produit ainsi des nodosités caractéristiques par leur structure, avec modification rapide et dégénérescence cellulaire. Par injection sous-cutanée des mêmes bâtonnets, il a obtenu des nodosités dans le tissu cellulaire sous-cutané, les testicules, la rate ; ces nodosités différaient de celles observées chez son malade, par un large anneau qui les entourait, formé d'une couche de cellules épithéloïdes, avec division kariokynétique des noyaux. Le processus a un caractère mixte : le foyer inflammatoire primitif s'entoure d'une couche de tissu néoformatif.

M. Moïsséïeff n'a pas étudié les rapports des bactéries et du tissu néoformé. Dans les furoncles et les anthrax de son malade, il a trouvé les staphylocoques mêlés aux bactéries de la morve.

S. Broïdo.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Adénomes sébacés. — S. Pollitzer. A case of adenoma sebaceum. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, décembre 1893, p. 475.)

Jeune homme âgé de 25 ans, garçon de café, bien constitué, d'origine autrichienne : il a vu commencer l'affection pour laquelle il consulte il y a six ou sept ans, par l'extrémité supérieure du placard actuel ; de là elle s'est peu à peu étendue et est restée stationnaire pendant trois ans. La lésion avait au premier abord l'aspect d'une cicatrice linéaire hypertrophique récente : elle était située sur le côté gauche du front, elle avait environ un pouce et demi de long sur un quart de pouce de large. A un examen minutieux, on voyait qu'elle était constituée par une trentaine de papules arrondies ou coniques obtuses, de la grosseur d'un grain d'orge. Au sommet de presque toutes se voyait un follicule sébacé dilaté rempli d'un bouchon brunâtre de sébum que l'on peut exprimer par la pression. Ces petits nodules, quoique fort voisins les uns des autres, ne sont pas confluents. La lésion présente dans son ensemble un aspect d'un rouge brillant, quoiqu'on n'y voie pas de télangiectasie ; elle n'est le siège d'aucun phénomène subjectif.

D'après l'aspect, l'auteur posa le diagnostic d'adénome des glandes sébacées ; mais il fit de plus une biopsie qui lui donna les résultats suivants. Presque toute la tumeur était formée d'un tissu glandulaire sébacé qui avait conservé la disposition lobulée de la glande normale. Il y avait des kystes sébacés. L'épiderme paraissait normal, bien que les prolongements interpapillaires fussent singulièrement exagérés par places ; dans le chorion, il y avait une légère condensation du tissu fibreux autour des lobules des glandes sébacées. Sur quelques-unes des coupes on voyait quelques dispositions épithéliales rappelant la lésion que Torök a décrite sous le nom de syringo-cystadenoma ; ces particularités existaient entre les lobules des glandes sébacées dans la région supérieure de la zone moyenne de la peau et consistaient en des bandes arrondies, ovalaires ou elliptiques d'une ou de deux couches d'épiderme aplati circonscrivant des espaces vides ou remplis d'une matière colloïde : on aurait dit la section d'un glomérule de glande sudoripare ; mais on devait abandonner cette idée, car les glandes sudoripares étaient beaucoup plus profondément situées. L'auteur croit que c'était un groupe de cellules épithéliales anormalement situées, qui avaient proliféré et subi une dégénérescence colloïde au milieu de chaque groupe.

Le traitement de cette affection consista en des scarifications obliquement croisées, faites à trois ou quatre reprises sur toute la lésion, à des inter-

valles d'environ une quinzaine de jours ; elles produisirent une cicatrice lisse, incolore, à peine perceptible. Le malade, revu ou bout de six mois, ne présentait pas la moindre trace de récidive.

Il y a à peine une vingtaine de cas semblables connus dans la science. Les particularités remarquables du fait précédent sont les suivantes : 1° la localisation particulière et la forme de la néoplasie : presque toujours, en effet, les lésions sont symétriques ; 2° l'apparition tardive de l'affection vers la 19e année : or presque toujours ces lésions sont congénitales ou peu s'en faut ; 3° l'absence de télangiectasies qui constituent un des symptômes les plus ordinaires ; 4° la coïncidence de dégénérescence kystique ; 5° la coïncidence de formations épithéliales particulières qui avaient subi la dégénérescence colloïde ; 6° la prolifération active des glandes sous forme de bourgeons ; 7° le résultat favorable de la médication. L. B.

Cheveux géminés. — GIOVANNINI. — Ueber ein Zwillingshaar mit einer einfachen inneren Wurzelscheide. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 187.)

En faisant l'examen microscopique de fragments du cuir chevelu d'un enfant, l'auteur a eu l'occasion d'observer une anomalie de croissance du cheveu. Il s'agit de deux cheveux qui étaient entourés par une gaine interne commune de la racine et qui s'étaient développés à l'intérieur d'un seul follicule.

Au fond du follicule, se trouvaient deux papilles séparées, une pour chaque poil, lesquelles présentaient une forme anormale. A la base, où elles avaient la plus grande étendue, elles présentaient dans les coupes transversales une forme irrégulièrement allongée, avec leur plus grand diamètre dirigé dans le même sens. Si on les considérait dans leur ensemble, on aurait dit qu'elles représentaient deux simples plis formés par le tissu conjonctif de la base du follicule, plutôt que deux véritables papilles. Ces deux papilles étaient remarquablement plus minces et plus courtes qu'on aurait pu le penser, relativement au volume des cheveux correspondants.

Au voisinage immédiat du fond du follicule, les matrices des deux cheveux n'apparaissaient qu'incomplètement séparées, ce qui ressortait visiblement de la disposition que les cellules correspondantes avaient prise en quelques points dans les couches ; mais il existait une séparation tout à fait nette dès la partie supérieure de cette même matrice. Les deux cheveux restaient, à partir de là, complètement séparés et sans interruption sur une certaine étendue de la partie supérieure du col, mais, environ vers le milieu de celui-ci ils venaient en contact et se réunissaient. Dans la partie supérieure du col, ils se séparaient de nouveau pour se réunir ensuite.

Vers le milieu de la hauteur du col, la réunion paraissait se faire directement par fusion des cuticules des cheveux. Dans la portion la plus élevée du col, au contraire, et dans l'étendue de la partie radiculaire de la tige où l'un des cheveux se trouvait un peu éloigné de l'autre, la réunion n'avait pas lieu directement par contact, mais au moyen d'une espèce de pont mince constitué par la cuticule et la substance corticale propre.

L'auteur décrit ensuite les autres anomalies des deux cheveux, l'état de

la gaine interne de la racine, de la couche de Henle, de celle de Huxley et de la cuticule de la gaine interne de la racine.

Le follicule avait une circonférence qui correspondait environ à celle de deux follicules réunis. Le fond, au lieu d'être régulièrement convexe, correspondant à chaque cheveu, était dans sa totalité presque plat.

Les anomalies de développement des cheveux, dont il est question ici, peuvent être considérées comme étant les mêmes que celles décrites par Flemming, avec cette différence que dans le cas observé par cet auteur il s'agissait de trois cheveux qui avaient poussé d'un seul et même follicule.

A. Doyon.

Chlorate de potasse. — P. G. Unna. Mundpflege und Kali chloricum. (*Monatshefte f. praktische Dermatologie*, tome XVII, 1893.)

Unna, depuis quelques années, n'emploie pour les soins de la bouche que le chlorate de potasse pur ou des pâtes dentaires avec 50 p. 100 du même sel. Il obtient ainsi de très bons résultats, non seulement dans la stomatite mercurielle, mais dans toutes les maladies de la bouche s'accompagnant de la présence de bactéries, et occasionnées ou entretenues par ces parasites.

Il est complètement d'accord avec le professeur Miller que l'action de ce remède n'est sans doute pas simplement antiseptique. Dans la stomatite mercurielle, où la saturation des tissus par le mercure favorise le développement des bactéries du bord des gencives, il croit pouvoir admettre une action tonique antimercurielle directement favorable du chlorate de potasse sur les gencives mercurialisées; c'est une influence à peu près semblable à celle qu'il exerce dans l'ulcère de jambe, en excitant les granulations flasques et molles des bords et en rétablissant la circulation.

Pour beaucoup d'autres affections de la bouche et particulièrement des amygdales, il faut tenir compte d'un autre facteur, à savoir la propriété du chlorate de potasse d'activer les sécrétions, propriété qu'il possède à un degré tout à fait particulier. Pour s'en convaincre il faut, comme l'auteur le fait depuis huit ans, employer le chlorate de potasse en substance comme poudre dentifrice; on se sert d'une brosse à dent chargée d'une grande quantité de cette poudre, puis on se rince la bouche avec de l'eau. Il reste ensuite pendant longtemps un goût très pur, un peu salé; on sait que le nettoyage est dû principalement à la sécrétion des glandes buccales provoquée par l'action du chlorate de potasse. Cette action salutaire s'étend jusqu'aux amygdales et au pharynx, dans tous les points où le sel a été en contact avec la muqueuse, et même au delà. C'est, selon l'auteur, le remède le plus actif et le plus complet pour combattre la fétidité de la cavité buccale, laquelle provient des décompositions bactériennes des débris alimentaires et des sécrétions de la portion postérieure de la bouche, des amygdales et du pharynx, qui se produisent pendant le sommeil.

Le chlorate de potasse n'exerce d'autre part aucune action nocive sur les dents; enfin il faut encore ajouter que, au degré de concentration où il est employé, il détruit directement les parasites buccaux ou du moins empêche pendant longtemps leur croissance.

Il faut réserver l'usage du chlorate de potasse pur pour les adultes.

Pour les enfants, cette poudre dentifrice est inutile; on évite par là les inconvénients qui pourraient résulter de l'ingestion de ce sel.

L'emploi du sel pur n'est douloureux que s'il existe des érosions et des affections ulcéreuses dans la cavité buccale, par exemple au début du traitement d'une stomatite mercurielle. Mais cette douleur n'est que momentanée, seulement pendant la durée de l'application ; elle constitue même une indication pour l'état de la bouche. La cavité buccale saine, pour laquelle le lavage quotidien des dents avec le chlorate de potasse pur constitue le meilleur agent prophylactique contre la carie des dents et les affections amygdaliennes y compris la diphtérie, supporte admirablement cette méthode si simple.

Dans les cas où, pour les motifs ci-dessus ou d'autres encore, il est nécessaire de remplacer le chlorate de potasse pur par une pâte dentifrice plus faible, on prescrira la préparation suivante : craie préparée, poudre d'iris, savon et glycérine, mêlés à parties égales de chlorate de potasse.

A. Doyon.

Cicatrices. — Heitzmann. Ueber Narbenbildung der Lederhaut. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 135.)

Dans son dernier mémoire sur la suppuration du chorion, l'auteur a donné un historique de la suppuration, et dans un article antérieur : Recherches microscopiques sur la dermatite aiguë, une courte esquisse de l'histoire de l'inflammation en général. Dans deux communications faites cette année, le professeur Grawitz parle des transformations de la substance fibreuse fondamentale des tissus en noyaux et en cellules et démontre par des dessins de plaies récentes de la peau, de suppuration de tissu conjonctif, de péritonite fibrino-purulente, que cette transformation fibreuse se produit régulièrement dans tous les processus indiqués.

Dans une de ses communications il dit : outre la division des cellules fixes de tissu conjonctif et l'émigration des cellules décolorées du sang, il est encore permis d'émettre une autre hypothèse concernant la naissance des cellules de tissu conjonctif. Jusqu'à présent, on l'avait méconnue bien qu'elle soit très féconde et que, dans bon nombre d'inflammations chroniques (endartérite déformante), elle soit peut-être la seule et unique source de formation de cellules : je veux dire la formation de cellules aux dépens de la substance intercellulaire. En outre, il croit pouvoir établir, bien que des recherches de détail soient encore nécessaires, comme loi générale pour les substances conjonctives, les muscles et le tissu périphérique des nerfs, que tous ces tissus se forment par des cellules embryonnaires indifférentes à l'origine, et que toutes, après la perte éventuelle de leurs éléments caractéristiques (substances intercellulaires, graisse, myosine, myéline), reviennent au même état cellulaire et finalement peuvent être de nouveau transformées par le passage des cellules à l'état de sommeil en tissu conjonctif fibreux ou tissu muqueux.

L'auteur fait, à propos de ces deux citations, remarquer que Grawitz n'a pas rendu suffisamment justice sur ce point aux travaux antérieurs et il revendique pour son père C. Heitzmann la priorité des opinions ci-dessus. En effet dans son ouvrage, *Morphologie microscopique*, il y a une descrip-

tion avec dessin à l'appui du processus d'inflammation et de suppuration, qu'il a présentée en 1874 à l'Académie des sciences de Vienne. Et Grawitz est tout à fait d'accord avec Heitzmann quand il dit : « On peut donc, d'après les observations comparatives des différents tissus, établir la loi que tous les troubles de nutrition déterminent un retour de la substance fondamentale à une période que les tissus ont parcourue à l'époque du développement; l'inflammation fait partie de ces processus de retour, et ce n'est pas le commencement, mais le dernier résultat qui seul décide si les cellules nouvellement nées sont destinées à la régénération, à la formation de tumeur, à la suppuration ou à la disparition finale. »

Les résultats des recherches de l'auteur sur la structure des cicatrices sont réunis dans les conclusions suivantes :

1° La cicatrice est formée par de petits faisceaux de tissu conjonctif, grossiers ou délicats, ou par un mélange de ces deux variétés de faisceaux. Les faisceaux se croisent ou suivent une direction plus ou moins parallèle ;

2° Les cicatrices, même celles consécutives aux brûlures, présentent souvent un corps papillaire avec élevures peu prononcées et irrégulières tout près de la couche épithéliale ;

3° Quel que soit le caractère de la formation des faisceaux de tissu conjonctif, le tissu de cicatrice est traversé par un réseau de matière vivante, comme le sont les faisceaux du derme normal ;

4° La cicatrice consiste en tissu de granulation myxomateux, car sa substance fondamentale retourne à l'état protoplasmatique et les corps protoplasmatiques se partagent en fuseaux infiltrés de substance fondamentale sécrétant de la gélatine ;

5° Si les fuseaux ainsi infiltrés persistent, on a alors affaire à ce qu'on désigne sous le nom de tissu conjonctif fibrillaire dur. Si, au contraire, les fuseaux se confondent sur de grandes étendues, il en résulte un tissu conjonctif dur à gros faisceaux ;

6° L'embryologie de la cicatrice est dans ses points essentiels identique à celle du derme normal;

7° La disparition de la cicatrice peut se produire si les parties superficielles du derme ont été seules détruites par suppuration. Le tissu de cicatrice est alors ramené en quelques points à l'état protoplasmatique, pour rendre possible une disposition des faisceaux de tissu conjonctif se rapprochant de l'état normal ;

8° Si la cicatrice s'enflamme, les faisceaux de tissu conjonctif partant parfois du centre de chaque faisceau, reviennent à l'état protoplasmatique, et le développement de la matière vivante du protoplasma détermine les modifications ultérieures, comme dans la dermatite aiguë, avec terminaisons analogues en résolution, hyperplasie ou suppuration.

A. Doyon.

Cysticerques.— Koudriawtzeff. Cysticerques du tissu cellulaire sous-cutané. (*Wratch* 34, 1893.)

M. Koudriawtzeff publie une observation d'une malade qui présentait des tumeurs multiples du tissu cellulaire sous-cutané. Une de ces tumeurs siégeait sur la moitié gauche de la région frontale, à un travers de doigt

au-dessus du sourcil. A l'inspection, on constatait seulement une tuméfaction du volume d'un pois, qui soulevait légèrement la peau. Mais à la palpation on trouvait une tumeur ovoïde, du volume d'une grosse fève, absolument libre de toute adhérence, présentant des limites nettes, une consistance ferme et élastique, une surface lisse. Cette tumeur, dont l'origine remonte à quatre ans, était absolument indolore; la peau à son niveau présentait une couleur normale. Des tumeurs semblables, au nombre de quinze, étaient disséminées sur différentes parties du corps et étaient toutes découvertes par hasard, ne s'étant manifestées par aucun symptôme qui aurait attiré l'attention. M. Koudriawtzeff a présenté la malade à plusieurs de ses collègues et le diagnostic était très discuté.

La tumeur frontale fut enlevée. Elle siégeait dans les couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané et se présentait sous forme d'une petite poche ovoïde, à parois assez résistantes, à la surface desquelles rampaient de fins vaisseaux sanguins. La poche était transparente et remplie de liquide. En un point de sa surface elle présentait une petite saillie, du volume d'une tête d'épingle. Le liquide était séreux, la petite saillie contenait un cysticerque. Au microscope, on voyait très bien la tête avec les quatre ventouses et la couronne de crochets et le col.

Toutes les autres tumeurs ont été enlevées et ont donné le même résultat à l'examen.

La malade était un peu anémique et amaigrie, mais les fonctions digestives s'accomplissaient normalement et *jamais elle ne s'est aperçue des anneaux dans les selles.* S. Broido.

Rapport des dermatoses avec les autres maladies internes. — Kaposi. Ueber die Beziehungen der Erkrankungen der Haut zu denen anderer Organe und systeme. Communication faite au club médical de Vienne, le 21 février 1894. (*Wien. medizin. Presse*, 1894, p. 362.)

On a bien des fois répété que pour Hebra et son école, les maladies de la peau étaient toujours des maladies externes dans le sens vulgaire du mot. On sait même que l'expression « maladies externes » s'est conservée jusqu'à aujourd'hui et est presque officielle. Ce n'est que lorsque Hebra eut démontré d'une manière irréfutable, par des expériences et des observations méthodiques, que tout sujet sain est atteint d'une maladie de la peau quand une irritation mécanique, calorique ou chimique quelconque agit sur le tégument externe, que ces maladies peuvent disparaître par des applications topiques et que même les affections de la peau en rapport évident ou probable avec des maladies internes peuvent s'améliorer ou guérir par un traitement topique; ce n'est que depuis lors qu'on comprend que Hebra et son école n'admettaient pas les rapports entre les maladies de la peau et les autres organes internes, dans le sens de la pathologie humorale. Mais comme immédiatement après la mort de Hebra, des spécialistes firent encore le reproche d'une façon très tendancieuse que Hebra et ses élèves s'occupaient même scientifiquement des maladies de la peau comme d'affections *externes*, Kaposi tient à réfuter publiquement cette assertion et à faire remarquer que Hebra n'a jamais

cessé de signaler des causes internes comme l'origine de certaines maladies de la peau, et que, quant aux indications thérapeutiques, il n'a jamais oublié d'appeler l'attention sur l'importance de la médication interne ou générale.

Le rapport entre les maladies internes et les maladies de la peau est variable; différents facteurs y jouent un rôle : le système nerveux spinal, le système nerveux vaso-moteur, les altérations chimiques ou les modifications des éléments morphologiques du sang.

Souvent les rapports partent de la peau elle-même et se traduisent par des métastases sur les organes internes.

L'auteur exclut tout d'abord toutes les maladies de la peau qui ont leur point de départ dans un processus morbide général : exanthèmes aigus, syphilis, morve, etc., et étudie immédiatement l'acné vulgaire qui est essentiellement constituée par un processus inflammatoire périfolliculaire. On croit en général que cette maladie est occasionnée par des états très variables de l'intestin, par certains aliments, tels que le fromage, des mets acides et forts. Le D[r] G. Singer a récemment publié une série de recherches sur ce sujet, dans lesquelles il démontre que l'apparition et la disparition de l'acné sont en connexion avec certains processus dans l'intestin. Il est possible qu'il en soit ainsi, mais Kaposi pose le principe suivant : tant qu'il est possible d'expliquer une maladie dans toute sa nature, c'est-à-dire relativement à toute son histoire clinique et à la lésion anatomique qu'elle représente par des causes positives, il n'a garde d'admettre des causes plus éloignées dont la démonstration est difficile. En ce qui concerne l'acné, on sait qu'elle appartient à la puberté; à l'âge mur on ne voit plus d'acné, ou seulement dans des conditions exceptionnelles. Or on sait que précisément à l'époque de la puberté il se produit physiologiquement autour des follicules un processus actif de végétation. Le cône de l'épiderme au fond du follicule pileux, lequel formera plus tard le poil, se développe plus vigoureusement, et on sait qu'un processus plus actif dans les follicules entraîne la participation des glandes sébacées y afférentes.

Il est démontré que dans ces cas, même sans l'adjonction d'agents pyogènes, une action purement mécanique peut provoquer la suppuration. L'acné vulgaire peut donc s'expliquer ainsi, sans faire intervenir des causes éloignées. Toutefois l'acné peut se développer sous l'influence d'autres conditions. Certaines personnes ont de l'acné jusqu'à 40 et 50 ans; ces personnes, il est vrai, ont encore une autre maladie, à savoir la séborrhée ; elles sont soit tuberculeuses, soit déprimées dans leur nutrition. Selon Kaposi, l'acné ne procéderait pas d'un catarrhe de l'estomac, parce qu'il ne croit pas à l'élimination de substances nocives quelconques par la peau, mais qu'il existe un affaiblissement de la nutrition, qui se manifeste non seulement dans les follicules, mais aussi dans d'autres tissus tout d'abord par une atonie de ces tissus. Les follicules possèdent en eux-mêmes une certaine tonicité. Chez toutes ces malades, le tissu folliculaire est relâché, ainsi que le prouve le long séjour des cellules de sécrétion, c'est-à-dire le comédon. Tous ces malades ont des comédons et pas de folliculite, autrement dit pas d'acné.

Il faut encore tenir compte ici d'une anomalie dans la production de l'épiderme et dans la transformation chimique du contenu du follicule. La kératinisation est une autre anomalie, et il y a là deux espèces de déviations : tantôt la transformation graisseuse est considérable, séborrhée huileuse, tantôt les cellules épidermiques se transforment en cholestérine ou lanoline semblable à de la graisse, et la sécrétion conserve un aspect friable et graisseux, séborrhée sèche.

Il est impossible de séparer cette anomalie fonctionnelle des glandes sébacées d'une anomalie analogue des glandes sudoripares, de l'hyperhidrose. Il y a des cas dans lesquels ces deux affections sont si mélangées que l'on peut réellement parler de sueur grasse. Mais cet état ne marche pas non plus sans une altération de la tonicité des vaisseaux. Ici encore, on a affaire entre autres causes à un affaiblissement de la nutrition.

Il faut ranger dans la même catégorie l'acné des cachectiques, dans laquelle, sous l'influence d'une nutrition défectueuse, les vaisseaux près des folliculites ont une tendance aux hémorrhagies.

L'hyperhidrose de la paume des mains et de la plante des pieds, non compliquée de séborrhée, est une maladie qui, chez quelques individus, date de l'enfance et persiste presque toute la vie. Chez d'autres, elle apparaît à l'époque de la puberté et dure trois à quatre ans. Ces malades présentent tous un certain affaiblissement de la nutrition ; l'énergie cardiaque est faible, la tonicité des vaisseaux insuffisante ; ils ont les mains cyanosées ; le nez, les oreilles sont rouge bleu ; quand la nutrition se relève, l'hyperhidrose disparaît d'elle-même Il y a des symptômes analogues qu'il faut certainement rapporter à une maladie fonctionnelle de tout le système nerveux sympathique : tels sont les cas décrits sous le nom d'érythromélalgie. L'acné rosée est une dermatose en connexion avec des altérations des vaisseaux, laquelle amène des ectasies et des néoplasies vasculaires. Cette forme d'acné peut apparaître avec l'affaiblissement de la nutrition générale. Cette acné procède de diverses causes : l'alcoolisme, l'hydrothérapie habituelle, la vie au grand air. Elle peut provenir de l'état de l'estomac et de l'intestin, et enfin, par action neuro-réflexe, de l'utérus et de ses annexes. L'acné rosée s'observe souvent à l'époque de la ménopause et surtout chez les personnes qui n'ont pas d'enfants.

Parmi les dermatoses qui proviennent uniquement d'une altération de la tonicité vasculaire, il faut avant tout ranger l'urticaire. On sait que l'urticaire peut venir de l'estomac ; mais ce n'est pas la seule cause. Si l'urticaire se produit avec un aliment quelconque, il est bien possible que cette urticaire soit l'effet d'une substance qui est éliminée et qui irrite les nerfs de la peau. Selon l'auteur, ce n'est pas la règle. On sait qu'il y a des personnes, avec une idiosyncrasie pour certains aliments, qui ont de l'urticaire au moment, par exemple, où elles portent une fraise à la bouche. Exactement comme sur la peau, l'urticaire peut être projetée d'un point sur des régions différentes, il y a une même action directe et réflexe sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. Les douleurs, les diarrhées, les vomissements peuvent représenter exactement la même chose que les plaques d'urticaire sur la peau : états spasmodiques locaux avec œdème local. On voit même des plaques d'urticaire sur le voile du palais, on constate

une espèce d'œdème de la glotte, et si les personnes ont des syncopes, il s'agit d'un œdème local dans le cerveau, qui disparaît de nouveau rapidement.

Dans les exanthèmes médicamenteux, la maladie de la peau est en partie le résultat de l'action directe du médicament sur les papilles nerveuses, comme dans les acnés bromique et iodique. A un autre groupe appartient l'érythème multiforme, auquel il faut ajouter l'érythème noueux, le purpura ou péliose rhumatismale, qui sont certainement des maladies infectieuses.

Ce sont les eczémas récidivants qui ont été le point de départ d'une théorie sur les causes obscures de l'eczéma. Il se passe là le même phénomène que pour l'urticaire. Si à la suite d'un coup on applique des compresses d'arnica, il peut se produire un eczéma ; peu après, l'éruption devient symétrique et ensuite elle survient à la face et sur toutes les régions du corps. L'eczéma s'est alors développé d'une manière réflexe, comme l'urticaire. Si le sujet est affaibli par suite de son eczéma, par la perte du sérum du sang par suite de la sécrétion, de l'albumine par la régénération considérable de l'épiderme et sa chute, par l'insomnie, etc., — et par là l'auteur fait allusion au retentissement des maladies de la peau sur les organes internes, — alors ce malade rentre dans la catégorie de ceux qui, toutes les fois qu'ils ont un affaiblissement de la nutrition, sont atteints d'eczéma. Ces individus n'ont des eczémas si fréquents que parce que leur peau offre déjà moins de résistance, ainsi que leurs organes internes, leurs nerfs et leurs vaisseaux, aux influences nocives extérieures : chaleur, sueur, frictions, agents chimiques, etc. ; éventuellement aussi à l'irritation réflexe des voies digestives qui fonctionnent d'une façon insuffisante. Les personnes n'ont pas un eczéma nerveux, mais sont nerveuses par suite de leur eczéma, de leur anémie, de l'affaiblissement de leur nutrition.

En général, il faut s'attendre à un retentissement sur les organes internes et l'organisme tout entier, non seulement de l'eczéma, mais de toutes dermatoses. La furonculose peut bien se produire avec la glycosurie, mais c'est très rare ; par contre, elle se manifeste chez les personnes atteintes d'eczéma ; elle est le plus souvent occasionnée par les lymphangites qui partent de l'eczéma ; plus cette dernière affection est traitée avec l'acide phénique, plus il se développe de furoncles, l'acide phénique provoquant des folliculites.

L'auteur est loin de contester l'action de la glycosurie sur la peau ; il y a tout un groupe de maladies de la peau qu'il a réunies sous le nom de *dermatites diabétiques*, résultant du dépôt du sucre dans la peau et qui se traduisent par de la gangrène ou une prolifération papillomateuse inflammatoire et de l'ulcération.

A propos du pemphigus, il rappelle qu'une variété de cette affection, le pemphigus gestationis, rentre dans le chapitre actuel. On voit des femmes qui, à chaque grossesse, sont atteintes de pemphigus et qui guérissent immédiatement après l'accouchement. Il faut encore comprendre dans la même série une affection qui, elle aussi, atteint presque exclusivement les femmes enceintes, l'impétigo herpétiforme. L'auteur en a observé dix-sept cas ; presque toutes les malades sont mortes pendant le premier accès ;

l'autopsie, l'examen bactériologique n'ont donné aucun point de repère sur cette affection. Il y a donc des dermatoses énigmatiques, dépendant positivement d'états fonctionnels de l'utérus et qui mettent absolument la vie en danger. De l'utérus proviennent d'autres troubles fonctionnels; l'auteur, sur ce point, se borne à signaler l'hyperchromatose, qu'on ne peut pas rapporter à l'hyperhémie, comme par exemple celle du mamelon pendant la grossesse.

Le zoster gangréneux hystérique appartient à la catégorie des angionévroses hystériques et des troubles trophiques, ainsi que la gangrène spontanée des hystériques.

Il faut être prudent dans l'appréciation de l'étiologie des pigmentations de la peau ; ainsi on en a pris à son aise avec la maladie d'Addison, que l'on a considérée comme une affection des capsules surrénales jusqu'au moment où on a constaté qu'elle existait sans lésion de ces capsules.

Quant à l'éléphantiasis arabum tropica, on paraissait avoir réussi à démontrer que la filaire sanguine était la cause de cette affection; depuis lors, on a observé des cas typiques dans lesquels l'examen le plus attentif n'a pas permis de découvrir la plus légère trace de filaire. On a ainsi démontré de nouveau l'inanité d'un des éléments étiologiques de nature générale, qu'on avait considéré comme vrai pour les maladies de la peau.

Le lupus érythémateux est un processus inflammatoire qui se termine par atrophie cicatricielle sans ulcération. Dans cette affection, il peut survenir des poussées aiguës, avec symptômes typhoïdiformes, que l'auteur a décrites comme lupus érythémateux aigu. Sur douze à treize des malades soumis à son observation, neuf ou dix sont morts. Chez tous, il existait de la pneumonie. Le lupus érythémateux fait partie de ces maladies qui sont en rapport avec l'état général, dans le sens de la dépravation de la nutrition. La maladie se développe par états analogues à ceux de la séborrhée. Il a vu ce lupus provenir d'une séborrhée après la variole, et Hebra l'a appelé en premier lieu séborrhée congestive. Les individus atteints de lupus érythémateux sont le plus souvent tuberculeux.

Kaposi termine sa communication par quelques considérations sur le prurit cutané. Singer a vu guérir des malades atteints de cette affection par l'usage interne du menthol, et il croit que cette maladie est due à l'action de la putréfaction intestinale. Il ne faut pas oublier que des personnes âgées ont de la stéatose de la peau par suite de la séborrhée sèche, et, par conséquent, il leur vient de l'eczéma, sous l'influence de la sueur. Il convient néanmoins que le prurit cutané sénile peut être provoqué par différents états morbides internes.

On observe aussi un prurit généralisé chez des personnes d'âge moyen, à savoir avec l'albuminurie et la glycosurie, en outre dans le sens vrai d'une névrose provoquée d'une manière réflexe par les organes génitaux internes chez la femme ; de sorte qu'il survient ou cesse avec les déviations utérines ou avec la conception. Des influences psychiques peuvent aussi déterminer un prurit de ce genre.

A. Doyon.

Eczéma séborrhéique. — P. G. Unna. Das seborrhoïsche Ekzem. Sammlung klinischer Vorträge, n° 79, 1893.

Il y a six ans que Unna a fait sa première communication sur l'eczéma séborrhéique, et depuis cette époque, le temps qui s'est écoulé n'a pas été sans exercer une certaine influence sur son opinion à l'égard de cette maladie de la peau. Sous le rapport clinique, il n'a pas à signaler beaucoup de nouvelles expériences; mais au point de vue étiologique et histologique, il y a une série de nouvelles observations qui permettent d'analyser les symptômes cliniques plus complètement qu'on ne pouvait le faire autrefois.

Les séborrhées — à l'exception de la séborrhée huileuse (hyperhidrose huileuse) et du vernix caseosa — sont toutes des catarrhes inflammatoires, des parakératoses inflammatoires de la peau. Pour le démontrer, Unna divise son sujet en trois chapitres : histologie,' étiologie, clinique.

Histologie. — Trois conditions caractérisent histologiquement, comme du reste tous les eczémas, l'eczéma séborrhéique ou catarrhe séborrhéique de la peau : 1° une parakératose de l'épiderme; 2° une prolifération épithéliale (akantose); 3° une inflammation plus ou moins profonde du derme; 4° une augmentation de la sécrétion graisseuse de la peau, indice d'une activité plus grande des glandes sudoripares.

La parakératose est, dans tout eczéma, au point de vue histologique, le symptôme le plus important, la condition *sine quâ non* du diagnostic de l'eczéma. C'est la modification anatomique qui a pour conséquence la desquamation et qui, après la chute des squames, met à jour une couche ramollie de transition et une couche cornée basale gonflée. La couche granuleuse a en partie ou entièrement disparu, les cellules cornées basales conservent leurs noyaux, qui ont pris la forme de bâtonnets, le contenu graisseux de la couche cornée ne commence que dans une couche plus superficielle qu'à l'ordinaire. Si l'exsudation est plus prononcée, il survient un œdème intercellulaire qui, se produit principalement au-dessous de la couche cornée modifiée, et qui, après avoir provoqué un état spongoïde de la couche épineuse, forme d'abord de toutes petites cavités intercellulaires, puis, par suite de la compression des cellules épineuses voisines, de plus grandes cavités. Ces cavités sont d'abord constamment adhérentes à la couche cornée et s'agrandissent de là en descendant vers le corps papillaire, sans jamais le traverser. Ce sont donc des vésicules typiques par refoulement, sans aucune trace de colliquation ou d'autre dégénération épithéliale. La kératinisation en progression ayant une tendance à transformer ces vésicules en croûtes, elles sont décapsulées par une couche cornée jeune et éliminées de cette façon. Le contenu des vésicules, ainsi que des espaces lymphatiques de l'épithélium, consiste en sérum, en une quantité modérée de leucocytes et d'une substance fibrinogène qui, dans la croûte et déjà au-dessous d'elle, remplit les cavités de gros caillots homogènes de fibrine.

Les vésicules forment le point culminant de l'exsudation, mais leur absence n'exclut jamais le diagnostic d'eczéma, pourvu que la parakératose existe, car la formation de vésicules suppose des circonstances par-

ticulièrement favorables et une exsudation abondante, tandis que des quantités, mêmes faibles, d'exsudat eczémateux amènent constamment une altération de la ligne de démarcation de kératinisation. Tous les catarrhes secs, même certaines formes d'eczéma rubrum, n'ont pas de vésicules.

Le second symptôme le plus important de tout eczéma, et même de l'eczéma séborrhéique, est une tendance à la prolifération mitosique de l'épithélium; elle est d'autant plus marquée que le caractère de l'eczéma est plus chronique. Cette circonstance permet surtout de séparer facilement de l'eczéma d'autres affections vésiculeuses de la peau. Plus cette akantose est caractérisée, plus les efflorescences ont le type nummulaire, en forme de coussin, et se détachent ainsi plus nettement des parties saines environnantes.

Le troisième symptôme capital est une inflammation, en général légère, du derme, caractérisée par la dilatation des vaisseaux, un œdème interstitiel, une tuméfaction et une augmentation mitosique des cellules de tissu conjonctif et une proportion très modérée des leucocytes en voie de migration. Cette inflammation, dans la plupart des cas, est limitée au voisinage immédiat de l'épithélium, d'où plus tard elle gagne, en descendant, le derme tout entier, jusqu'à l'hypoderme. La surface horizontale du corps papillaire seule est d'ordinaire très infiltrée de cellules, qui présentent la forme des cellules fusiformes ordinaires, très rarement des cellules plasmatiques, comme dans les granulomes de la peau.

Quant au quatrième symptôme qui caractérise tout particulièrement cet eczéma, l'augmentation de la sécrétion graisseuse, il est jusqu'à présent plus facile de le démontrer cliniquement qu'histologiquement; ceci ne tient sans doute qu'à la difficulté de constater sur les coupes les différentes espèces de graisse de la peau. La coloration jaune particulière de la plupart des formes de l'eczéma séborrhéique n'est d'ailleurs pas encore suffisamment expliquée. L'examen anatomique montre que la graisse ne pénètre pas dans les croûtes, les couches supérieures et les couches inférieures sont même tout particulièrement dépourvues de graisse et humides; même là où tout le caractère du catarrhe est sec, la graisse, qui des glandes est amenée à la couche cornée, n'infiltre pas les couches inférieures des croûtes. Cette graisse est imbibée d'une façon diffuse dans la couche cornée des croûtes et des squames, comme la couche cornée épaisse de la paume des mains, et provient, comme dans cette région, des glandes sudoripares. Les pores de ces glandes sont dilatés, parfois même infundibuliformes; le volume des glomérules est presque toujours augmenté, les épithéliums sont épaissis, la lumière des glandes élargie, et finalement on trouve de nombreuses mitoses dans les cellules glandulaires. Enfin, contrairement à ce qu'on observe dans les variétés non séborrhéiques d'eczéma, il y a ordinairement une augmentation de la graisse dans l'hypoderme, dans cette forme d'eczéma en particulier; la disparition séborrhéique des cheveux s'y accompagne d'un épaississement du pannicule adipeux; ce phénomène indique aussi une sécrétion plus abondante de graisse des glomérules, par l'intermédiaire d'une lymphe contenant en somme une proportion anormale de graisse.

C'est seulement quand le processus séborrhéique a déterminé la chute

des cheveux et que les glandes sébacées remplacent par leur hypertrophie l'espace ainsi conquis, que ces glandes prennent aussi part à la production de la graisse des croûtes. D'une part il y a augmentation de la sécrétion sébacée ; de l'autre — et c'est là le point capital — le champ normal de l'écoulement habituel de la sécrétion sébacée, c'est-à-dire la surface recouverte de cheveux, fait défaut, et alors seulement se produit l'état que Hebra supposait exister dans toutes les séborrhées, c'est-à-dire le dépôt anormal de sécrétion sébacée sur la surface cutanée. Cet état est donc l'exception et non la règle. On ne le rencontre que dans les croûtes séborrhéiques épaisses du cuir chevelu et du nez, chez les personnes âgées, lorsque l'affection a persisté longtemps. A cette période aussi, les orifices des follicules ne sont plus obstrués par une couche cornée tuméfiée, comme dans les formes ordinaires du catarrhe séborrhéique ; ils sont, au contraire, béants et il en sort un flot de cellules bien conservées de glandes sébacées, lesquelles se répandent à la surface et abandonnent lentement par diffusion leur graisse aux croûtes ou aux squames sous-jacentes.

L'hypersécrétion des glandes sébacées ne se produit donc qu'à certaines périodes terminales du catarrhe séborrhéique et n'a aucune importance pour la plus grande partie de son évolution.

Etiologie. — La cause du catarrhe séborrhéique est uniquement parasitaire. L'auteur donne comme preuves : la marche serpigineuse de l'éruption, sa différence complète d'avec les dermatites traumatiques occasionnées par des causes physiques ou chimiques et enfin sa curabilité par des agents anti-parasitaires. Avant d'être à même de démontrer systématiquement l'existence des parasites de la surface cutanée dans les produits secondaires et sur des coupes, l'auteur a dû se borner à la culture des champignons de l'épiderme. Ici et sur les terrains artificiels de culture prolifèrent naturellement aussi beaucoup de saprophytes, survenus accidentellement dans les squames ; cette flore devint bientôt si considérable qu'il était de plus en plus difficile de trouver les parasites vrais. Ce n'est que par l'examen microscopique des croûtes que le nombre des microorganismes se réduisit subitement à deux espèces : bacilles en forme de bouteilles (Flaschenbacillen, Spores de Malassez) et les morocoques. Tandis que dans un très grand nombre de cas les deux espèces végètent ensemble dans la substance cornée, les Flaschenbacillen se trouvent surtout fréquemment et en grand nombre dans les croûtes et squames du cuir chevelu, les morocoques principalement dans les squames et les croûtes des autres parties du corps, en proportion considérable dans les formes humides et sécrétantes, formes eczémateuses du catarrhe.

Des recherches ultérieures sur des coupes de peau eczémateuse ont conduit Unna à cette conclusion que, à côté d'autres parasites, toujours les morocoques accompagnent en grand nombre le catarrhe séborrhéique. Sur des coupes de plus de trente cas différents de cette affection, il trouva exclusivement des morocoques, et ils étaient disposés de telle façon que les phénomènes principaux du catarrhe, surtout la parakératose, sont de nature à expliquer leur groupement. En outre, chez l'homme, il a pu, en inoculant des morocoques, provoquer des vésicules qui, histologiquement, se comportaient exactement comme les vésicules de l'eczéma dans cer-

taines éruptions aiguës ; chez des lapins, l'inoculation de morocoques fut suivie de rougeurs avec chute des poils.

Il n'a pas obtenu le même résultat avec des cultures pures des Flaschenbacillen. Ces bactéries, étudiées en premier lieu par Malassez, se trouvent dans le catarrhe séborrhéique du cuir chevelu en si grande quantité qu'on est obligé dans chaque cas de reconnaître, tout au moins pour le cuir chevelu, à ces organismes le rôle d'un agent nocif, soit qu'ils déterminent par eux-mêmes un léger pityriasis et préparent ainsi la voie aux morocoques, soit qu'ils aident à fissurer davantage la couche cornée déjà ramollie par les morocoques, soit enfin qu'ils provoquent un flux de graisse, une séborrhée. Ces Flaschenbacillen ne joueraient, selon Unna, qu'un rôle d'adjudant dans les affections séborrhéiques.

On avait jusqu'à présent confondu le morocoque avec le staphylococcus albus, aussi avait-on attaché peu d'importance à sa présence. Abstraction faite que cette confusion a beaucoup retardé l'étude de l'étiologie de l'eczéma, elle amena encore le préjugé généralement très répandu que le staphylococcus albus (et aureus) jouirait littéralement du don d'ubiquité sur la peau saine. C'est là une erreur tout aussi grande que de croire que l'épiderme abrite une quantité innombrable de saprophytes. Il y existe sans doute un très grand nombre de saprophytes, mais presque toutes les espèces n'y sont que passagères et en exemplaires isolés. Dans l'eczéma séborrhéique on ne trouve presque que des morocoques, seulement dans les produits de cuir chevelu le Flaschenbacillus domine concurremment avec eux, et quand la sécrétion est abondante, il survient, mais déjà beaucoup plus rarement, un streptocoque. Ce n'est qu'en quatrième ligne et très exceptionnellement que l'on rencontre, avec quelques variétés de bacilles, les vrais staphylocoques de la suppuration.

Les morocoques se distinguent des staphylocoques par les caractères suivants : une enveloppe muqueuse fine mais solide, qui donne naissance au grain régulier des amas et à leur tendance à former des cocci volumineux, doubles ou quadruples, incomplètement divisés (ayant l'aspect de cocci géants) et finalement à former des amas volumineux d'aspect mûriforme, qui à un faible grossissement trahissent l'existence des morocoques. Leur développement est lié à la présence de l'oxygène ; dans les cultures ils ne poussent pas dans la profondeur de la piqûre et se trouvent dans les croûtes et les squames, toujours près de la surface. Ce n'est que par la théorie du chimiotaxisme qu'il est possible de comprendre que de ces points ils déterminent des effets à distance. Partout où ils trouvent, accidentellement dans la couche cornée, un terrain favorable de culture où ils se multiplient, et où ils ramollissent un peu la couche cornée environnante, leurs toxines pénètrent dans la couche épineuse et attirent de plus en plus d'exsudat de caractère séro-fibrineux, mélangé seulement de quelques leucocytes. Ils entretiennent ainsi la parakératose qui parfois, spécialement dans l'hyperhémie provoquée artificiellement, arrive à former des vésicules.

Quant au quatrième symptôme capital, l'hypersécrétion graisseuse à la surface de la peau, dépend-il aussi des morocoques ? L'auteur n'est pas en mesure de donner une réponse satisfaisante. Toutefois, d'après les idées

modernes sur l'effet chimiotaxique, il ne considère pas comme impossible qu'il existe un sébotaxisme de la couche cornée, absolument comme un sérotaxisme et un fibrinotaxisme provenant de la peau sont les conséquences certaines de la présence d'organismes dans cette couche. En faveur d'une conception chimiotaxique de la séborrhée, on peut faire valoir que, tant que les orifices folliculaires sont obstrués par la tuméfaction de la couche cornée (Malassez, Piffard, Sucharchdt, Unna), la graisse est amenée des glandes sudoripares; mais plus tard, après la disparition complète des poils, elle l'est aussi des glandes sébacées. Il y a encore un fait histologique que l'on peut invoquer à l'appui du sébotaxisme, et qu'il est même impossible d'expliquer autrement : c'est que dans bon nombre de cas la peau séborrhéique est imbibée de graisse dans tous les espaces lymphatiques, depuis le tissu sous-cutané jusque dans l'épiderme, donc dans une direction opposée au cours ordinaire de la graisse des glandes sudoripares vers l'hypoderme.

Mais en admettant l'existence d'un sébotaxisme, est-il déterminé par les morocoques? Cependant les morocoques n'ont pas toujours une action chimiotaxique, car on les trouve non seulement dans les eczémas séborrhéiques, mais encore dans tous les eczémas accompagnés de parakératose, même s'ils ne sont pas de nature séborrhéique.

Selon Unna, on peut faire intervenir différentes hypothèses qui toutes ont leurs partisans : 1° chez certains individus la séborrhée est un symptôme primaire, tout à fait indépendant des parasites; les morocoques ne s'établiraient que dans des parties séborrhéiques et y provoqueraient un eczéma d'habitus spécial, l'eczéma séborrhéique; 2° les morocoques déterminent chez beaucoup de personnes un eczéma ordinaire; chez quelques-unes, en outre, en certains points, du sébotaxisme; par conséquent, chez les unes l'eczéma avec l'aspect séborrhéique, chez les autres seulement l'eczéma séborrhéique ; 3° ou bien les morocoques ne provoquent jamais qu'un eczéma ordinaire, mais parfois il s'ajoute à ces parasites un autre organisme encore inconnu (par exemple le Flaschenbacillus, ou un très petit bacille fréquemment trouvé par l'auteur), lequel aurait une action sébotaxique, et par suite l'eczéma séborrhéique serait une infection mixte.

Dans le premier cas, la cause devrait provisoirement rester complètement obscure ; personne ne voudrait aujourd'hui expliquer par une cause interne l'origine d'une séborrhée limitée à une région ou survenue subitement sur un point quelconque de l'efflorescence.

Dans le second cas, les morocoques qui se trouvent partout dans l'eczéma séborrhéique seraient aussi les seuls agents déterminant la parakératose et l'afflux graisseux, mais l'apparition simultanée, sous l'influence de ces agents, des deux symptômes ou seulement de l'un des deux, dépendrait dans chaque cas de particularités locales ou individuelles de la peau, qu'il y aurait lieu d'examiner. Il faudrait prendre en considération, par exemple, le nombre et la grosseur des glandes adipeuses, l'épaisseur et la solidité de la couche cornée, les procédés habituels de graissage et de dégraissage artificiels, l'activité régulière ou accidentelle plus ou moins grande des sécrétions normales.

Dans le troisième cas, le fibrinotaxisme et le sébotaxisme tiendraient à l'action de différents organismes et, comme tels, seraient le plus facilement acces-

sibles aux recherches, avec toutes les ressources dont disposent l'histologie et la bactériologie. Comme dans tous les cas où un phénomène compliqué peut être rapporté à l'enchaînement de causes simples, l'auteur serait surtout satisfait par cette explication. A l'appui de cette opinion il y a le fait que, après un eczéma, on trouve habituellement, avec une séborrhée persistante du cuir chevelu, d'autres organismes que les morocoques (spécialement des Flaschenbacillen).

L'avenir dira quelle sera la décision à prendre entre les deux dernières hypothèses, les seules plausibles selon Unna. D'après la seconde, le pityriasis capitis non graisseux ne serait qu'un catarrhe séborrhéique incomplet, dans lequel le sébotaxisme, par suite de circonstances défavorables, telles qu'une abondante production de squames, ne serait pas encore arrivé à son développement complet. D'après la troisième hypothèse, il serait au contraire une affection étiologiquement toute différente, qui ne deviendrait le point de départ d'affections séborrhéiques à marche progressive que lorsqu'il vient s'y ajouter l'agent de la séborrhée.

Clinique. — Un grand nombre de formes éruptives différentes et d'autres lésions de la peau rentrent dans le tableau morbide de l'eczéma séborrhéique. On le reconnaîtra néanmoins comme une entité morbide à ce que, dans la plupart des cas, l'évolution de la maladie présente une régularité frappante, à savoir une marche progressive sur la peau, du sommet de la tête en bas. Dans tous les cas typiques, le cuir chevelu est le siège principal et le point de départ de la maladie ; très probablement, les parasites de cette affection trouvent ici un terrain qui leur convient, dans des circonstances externes moins favorables, il leur garantit une existence saprophytique durable, mais qui, en présence de conditions nutritives meilleures, favorise immédiatement une végétation véritablement parasitaire, se révélant comme une maladie catarrhale plus ou moins accusée de l'épiderme. Contrairement à ce qui a lieu pour les champignons de la trichophytie, ces conditions favorables de nutrition persistent pendant toute la vie pour les agents du catarrhe séborrhéique.

C'est surtout entre l'âge de 20 à 30 ans que l'on observe l'eczéma séborrhéique. Mais dans la plupart des cas, une anamnèse attentive montre que ces malades ont derrière eux toute une vie « séborrhéique » ; comme nourrissons, ils avaient des croûtes de lait et éventuellement des eczémas séborrhéiques de la face; comme enfants, avec une chevelure superbe, ils avaient d'abondantes squames sur le cuir chevelu ; comme jeunes gens, ils perdaient leurs cheveux avant l'âge ; après des maladies fébriles intercurrentes (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde) leur cheveux tombaient, et depuis lors ne revenaient jamais bien ; ils avaient des croûtes dans les cils et une irritation constante des conjonctives ; après chaque exercice violent, il survenait sur les surfaces de contact (aisselles, plis génitaux, cruraux, etc.) des éruptions prurigineuses à marche rapidement progressive, etc.

L'hérédité a une grande importance ; dans 90 p. 100 des cas, il suffit de jeter un coup d'œil sur le crâne chauve du père, sur une acné rosacée commençante de la mère, pour établir l'anamnèse de la famille et expliquer aux parents étonnés l'éruption de leur progéniture, que, dans ce cas,

ce n'est pas « le lait d'une nourrice » mais une disposition héréditaire de la peau qui est la principale cause.

Quant à la fréquence absolue de l'eczéma séborrhéique, il est encore difficile de l'établir aujourd'hui. Chaque observateur fait lui-même l'expérience suivante : plus il étudie longtemps cette maladie, et surtout plus il suit la variabilité du tableau morbide dans les familles et dans plusieurs générations de familles, plus il voit d'année en année augmenter le nombre des eczémas séborrhéiques comparativement à la somme des eczémas en général. Ainsi les médecins qui, à la clinique de l'auteur, se sont pénétrés des traits principaux du catarrhe séborrhéique et qui, auparavant, le tenaient pour une affection relativement rare, lui ont plus tard avoué qu'il était beaucoup plus fréquent qu'ils ne le pensaient. Il en résulte qu'une plus grande expérience personnelle apprend à reconnaître qu'une grande série d'affections de la peau, jadis classées autrement, doit être dorénavant rangée dans le catarrhe séborrhéique.

On a tout particulièrement déplacé certaines maladies : les hypersécrétions de nature graisseuse, l'acné rosée, la plupart des eczémas humides (jusque-là mal caractérisés et inexpliqués au point de vue étiologique), beaucoup de pseudo-trychophyties, les cas atypiques de pityriasis rosé, les eczémas dits marginés, certains psoriasis, principalement annulaires, etc. Elliot (1891) dit avoir trouvé environ 28,5 p. 100 d'eczémas séborrhéiques sur tous les cas d'eczéma qu'il a traités dans le même laps de temps. Selon Unna, cette proportion devrait être plus considérable aujourd'hui. Pour lui, plus de la moitié de tous les eczémas serait de nature séborrhéique.

La plupart des malades ne consultent le médecin que lorsque le catarrhe séborrhéique existe depuis un temps assez long. Il s'agit d'ordinaire d'une simple desquamation sèche ou déjà graisseuse du cuir chevelu, à laquelle le malade attachait peu d'importance jusqu'au moment où elle est devenue très forte ou jusqu'à ce qu'il se produisît par accès et en quelques points, surtout sur le vertex et la partie antérieure de la tête, du prurit lié avec l'apparition de petites croûtes, après le grattage desquelles il s'écoule un peu de sérum et de sang. Dans d'autres cas, l'attention du malade est attirée par la chute assez rapide des cheveux ou par la présence, dans la région du vertex, de croûtes épaisses, isolées, soit grasses, soit humides; après leur enlèvement, il reste des érosions humides. Ou bien il survenait brusquement, principalement dans la région des tempes et des oreilles, de la chaleur et de l'humidité de la peau, en même temps que la surface sèche, squameuse ou croûteuse du vertex se transforme peu à peu en une surface humide. Dans d'autres cas encore, le liséré du catarrhe séborrhéique descendait du cuir chevelu sur la ligne de démarcation du front et des cheveux, ou celle de la nuque et des cheveux, produisait ici sur la peau nue des plaques nummulaires rouges, recouvertes de squames ou de croûtes, entourant comme une couronne ininterrompue la limite des cheveux. Ou bien encore la face se recouvre de taches rouges ou pâles en desquamation, ayant le caractère du pityriasis capitis, qui entretiennent dans cette région une congestion permanente.

Dans tous ces cas, il faut rattacher la nouvelle maladie à un catarrhe antérieur plus ou moins gras du cuir chevelu.

Mais il en est autrement quand on ne fait pas le diagnostic de l'eczéma séborrhéique d'après la transformation in situ, mais d'après les symptômes objectifs déjà connus des efflorescences qui envahissent un autre district de la peau, par exemple les bras ou les mains. Au début, le malade ne se doute de rien jusqu'à ce que son attention soit attirée par des taches squameuses et prurigineuses de la face, du cou, du pli des bras.

L'étude de l'eczéma séborrhéique a montré pour la première fois la grande importance de ces simples plaques de pityriasis alba, comme satellites d'un pityriasis capitis, sur les joues et le cou chez la femme, dans la barbe et sur les épaules chez l'homme.

Dans la plupart des cas de la pratique journalière, on a affaire à des éruptions subaiguës du catarrhe, en dehors de son siège habituel, le cuir chevelu. Ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'un eczéma séborrhéique du bord des paupières, du creux des aisselles, de l'anus, des plis génito-cruraux, joue le rôle du nid d'où part l'expansion ultérieure.

A part ces derniers cas, la propagation de l'eczéma séborrhéique est limitée habituellement à la moitié supérieure du corps. Chez les individus à peau grasse, transpirant facilement, elle descend en avant et en arrière jusqu'à la ligne médiane du corps, à la hauteur du nombril. La région du sternum et la région infra-claviculaire en avant, la région interscapulaire en arrière, le tronc sont des sièges d'élection pour les différentes formes de l'eczéma séborrhéique.

En même temps, on trouve d'ordinaire quelques efflorescences sur le sommet des épaules et dans l'aisselle, ou dans leur voisinage immédiat. Souvent ces efflorescences laissent de côté de grandes étendues du bras pour envahir le dos des mains et des doigts, spécialement les espaces intermétatarsiens du pouce et de l'index : ce sont là deux autres sièges de prédilection. On rencontre très souvent les combinaisons suivantes : pityriasis sec du cuir chevelu, efflorescences croûto-graisseuses de la région sternale et en quelques points éruptions humides du dos des mains.

Les cas plus légers de l'eczéma séborrhéique sont constitués ainsi : à côté du pityriasis ou de la séborrhée de la tête, sur des points de prédilection, quelques plaques grasses caractéristiques ; en d'autres régions, transformation de ces plaques en efflorescences grasses ou humides, croûteuses ou sécrétantes. Ces cas peuvent, dans la suite, par progression successive, se généraliser ; plus les efflorescences sont sèches, plus elles ressemblent à celles d'un psoriasis guttata ; plus elles sont humides, plus elles sont analogues à celles d'un eczéma diffus, non séborrhéique. Mais en général, l'éruption présente une plus ou moins grande polymorphie, ce qui permet d'observer souvent la transformation graduelle des unes dans les autres des formes pityriasiques, papulo-squameuses, papulo-croûteuses, sèches, grasses et humides.

Les vésicules de l'eczéma séborrhéique restent toujours petites ; on ne les trouve jamais isolées, mais seulement comme point culminant des formes croûteuses ou humides ; les papules ne sont jamais acuminées, mais plates, d'ordinaire molles, plus rarement saillantes et jamais très élevées.

Un deuxième caractère général, c'est la tendance à expansion serpigineuse et guérison au centre. Les petites formes élégantes, ainsi que les

grandes formes nummulaires se transforment en anneaux plus ou moins complets qui, par leur réunion, constituent des bandes circinées polycycliques et peuvent ainsi recouvrir de grandes parties du corps. Cette tendance est surtout très caractérisée sur le tronc et spécialement sur la paroi antérieure du thorax.

Le troisième symptôme particulier à la plupart des éruptions du catarrhe séborrhéique est une coloration jaunâtre spécifique de la peau. Cette coloration est surtout marquée au voisinage des efflorescences, principalement de celles qui sont guéries, et oscille entre le gris jaunâtre, le jaune pur et le jaune rougeâtre. A la place des efflorescences elles-mêmes, cette coloration joue aussi un rôle, elle donne aux papules et aux taches la nuance jaunâtre, en général la couleur rouge vif, rouge clair. Seulement, dans les parties où il survient de la stase, cette couleur dégénère en bleuâtre et rouge bleu.

Le catarrhe séborrhéique se distingue en outre des autres dermatoses par des sensations subjectives en général peu accusées. Régulièrement le prurit n'existe que dans les points, à la tête, au creux des aisselles, au sternum, au périnée, qui sont le siège d'une sécrétion abondante de sueur et de graisse ; ailleurs les efflorescences n'occasionnent de démangeaison que d'une manière passagère en se propageant rapidement. L'auteur a très rarement rencontré, lors de poussées aiguës, principalement à la partie inférieure du tronc, au cou, aux organes génitaux, une sensibilité notable, presque névralgique et une sensation très douloureuse au toucher, sans rapport avec l'intensité des phénomènes locaux qui étaient insignifiants.

Les différences régionaires de la peau ont une influence incontestable sur la configuration et la coloration de l'éruption. Dans les régions où la sécrétion sudorale est abondante, les efflorescences sont presque constamment recouvertes de croûtes grasses ; il en est de même pour les efflorescences des surfaces de flexion qui ont des squames ordinairement plus ramollies et plus grasses que celles des surfaces d'extension des membres. Cette différence régionaire porterait facilement à croire que la polymorphie, en tant qu'elle provient de contenu graisseux, tient exclusivement à de semblables différences locales. Mais il n'en est pas ainsi. Dans d'autres cas, des plaques recouvertes de squames graisseuses et de croûtes grasses humides s'étendent aussi des points de prédilection sur les surfaces d'extension des membres et sur d'autres parties de la peau non imbibées spécialement de sueur grasse. Il existe en un mot une séborrhée locale limitée à l'efflorescence, laquelle est indépendante de la sécrétion graisseuse régionaire.

La température et les vêtements de laine portés directement sur la peau favorisent non seulement l'extension et l'inoculation de l'eczéma séborrhéique, mais augmentent tous ses symptômes : l'hyperhémie, la proportion de graisse dans les squames et la tendance à l'humidité, autrement dit le sébotaxime et le sérotaxisme. Mais on peut observer encore des modifications plus chroniques de l'exanthème, lesquelles s'accompagnent d'altérations de la sécrétion de la graisse et de la sueur ; il en est ainsi chez les personnes très grasses, qui maigrissent rapidement sous l'influence de maladies intercurrentes ou de cures. Il n'est possible de modifier d'une façon durable

l'eczéma séborrhéique par une médication interne qu'en agissant ainsi indirectement sur les conditions de sécrétion de la peau. Les variations dans la circulation ont également une très grande importance, mais presque uniquement dans les eczémas de la tête, des mains et des pieds. On sait le rôle fâcheux que jouent l'hyperhémie de la tête dans l'eczéma séborrhéique des enfants et la stase dans celui des jambes. Les congestions périodiques vers la face sont encore plus importantes pour la naissance et la persistance de l'acné rosée séborrhéique.

La durée de l'eczéma séborrhéique est très irrégulière. A chaque étape, le processus peut s'arrêter et même, dans les formes légères, disparaître spontanément. Mais toute amélioration accidentelle du terrain de culture, soit une irritation déterminant de l'hyperhémie, soit une modification de sécrétion avec humidité ou imbibition de graisse de la couche cornée, peuvent aggraver l'eczéma existant, amener de nouvelles éruptions et même transformer d'un coup une maladie circonscrite de la peau en une dermatose généralisée. Toutefois ces cas extrêmes sont rares et s'observent presque exclusivement au commencement des saisons chaude et froide (la dernière en raison de la nécessité de porter sur la peau des vêtements de laine). Dans beaucoup de cas peu caractérisés, de longue durée, où la peau ne présente pas de tendance particulière au développement de l'eczéma séborrhéique, on ne peut souvent poser le diagnostic que par la réunion de nombreux symptômes insignifiants.

Après avoir étudié à grands traits l'évolution de l'eczéma séborrhéique, Unna passe à la description des formes spéciales et particulièrement des formes caractéristiques. Comme dans toutes les dermatoses polymorphes, il faut distinguer des formes élémentaires simples et des formes élémentaires composées.

1° FORMES ÉLÉMENTAIRES SIMPLES. — Les formes maculeuses sont les seules qui rentrent dans ce premier groupe.

a) *Coloration jaune de la peau.* — On l'observe souvent comme symptôme primaire, avant le développement des autres efflorescences, à la face de personnes atteintes de pityriasis capitis ou de croûtes séborrhéiques de la tête. Cette coloration affecte la partie moyenne de la face, autour du nez et de la bouche et donne aux plis de cette région une teinte jaune pâle jusqu'à jaune foncé; chez les personnes anémiques, même jaune verdâtre. La peau est en quelques points brillante, grasse. Il existe aussi des taches jaunes semblables, diffuses, chez les personnes atteintes d'efflorescences séborrhéiques, sur le pli formé par la saillie du grand pectoral, puis dans les régions sternale et interscapulaire, aux plis des coudes, dans les régions inguinale et anale, partout en un mot où il y a de gros paquets de glandes sudoripares.

Cette coloration jaune n'est pas en général remarquée des malades, mais il y a des cas où surviennent des picotements dans ces parties de la peau, et après un certain temps on trouve les régions de la face ainsi colorées en jaune entourées de taches pigmentaires semblables à du chloasma. Ces symptômes montrent que, dans cette coloration, il ne s'agit pas uniquement d'une hypersécrétion des glandes sudoripares qui fournissent de la graisse; on sait, du reste, que dans l'hyperhidrose huileuse ordinaire de la

paume des mains, on n'observe pas cette coloration jaune. Il faut donc regarder provisoirement la cause de cette altération comme une paridrose huileuse ; peut-être y a-t-il une modification dans la couleur de la graisse. Par conséquent, l'auteur ne saurait admettre que l'eczéma séborrhéique est simplement un eczéma ordinaire compliqué d'hyperhidrose huileuse ordinaire.

On sait qu'il existe non seulement une séborrhée régionaire, mais aussi une séborrhée locale, bornée à l'étendue de l'efflorescence, quel que soit le point où elle est localisée. Or il y a aussi une coloration jaune correspondant à cette deuxième forme localisée et cette coloration contribue beaucoup à l'aspect caractéristique de beaucoup d'efflorescences. Dans les régions où elle s'ajoute à des taches et à des papules rouges, elle est difficile à apprécier. Au contraire, elle survient seule dans les parties où les taches et papules sont guéries et encore mieux en opposition à la couleur rouge de ces dernières, là où ces taches et papules ont pris une marche serpigineuse, en laissant après elles exclusivement une teinte jaune. Alors les bandes circinées, composées de segments de cercle, entourent par leur côté concave de grandes surfaces colorées en jaune, dont la teinte se détache nettement de celle des bandes rouges, de même que la peau blanche encore saine se détache du côté convexe de ces bandes. La cause de la coloration jaune est encore très obscure, on ne saurait la rapporter aux changements qui se produisent après des hémorrhagies ; histologiquement, il n'y a aucun signe de diapédèse des corpuscules rouges du sang ; il est également impossible de la rattacher au pigment ordinaire.

b) *Tache hyperhémique.* — Une hyperhémie superficielle accompagne les efflorescences séborrhéiques, son intensité varie avec le degré de l'efflorescence.

Ces efflorescences forment donc une série naturelle, avec des nuances graduées, depuis la tache à coloration normale avec fine desquamation jusqu'à la papulecroûteuse, nummuliforme qui, après l'enlèvement de la croûte, représente un coussinet rouge jaune foncé tuméfiée, allant jusqu'à l'eczéma séborréique sécrétant, souvent rouge sang du creux des aisselles. La coloration rouge s'ajoute, dans la plupart des cas, à la teinte jaune localisée et détermine une rougeur jaunâtre récente qui parfois sert de diagnostic différentiel par rapport au rouge cuivré des syphilides. Seulement dans une région du corps qui se distingue par la parésie des artères et la dilatation des capillaires, comme le milieu de la face, l'hyperhémie apparaît d'une manière diffuse, comme forme élémentaire indépendante, et s'y développe avec des caractères typiques, tels que ni des irritations externes et réflexes (chaleur, ingesta, indigestions), ni le catarrhe séborrhéique existant ne sauraient seuls les produire. Un des plus beaux résultats de l'étude du catarrhe séborrhéique, c'est d'avoir démontré que l'acné rosée est, dans la grande majorité des cas, la résultante de deux irritations qui se rencontrent en un point, dont l'une consiste dans le catarrhe séborrhéique du voisinage, habituellement du cuir chevelu et de pouvoir obtenir ainsi facilement sa guérison sans aucune intervention chirurgicale. Quelques taches légèrement squameuses, localisées dans le district cutané de l'acné rosée, prennent d'abord une couleur rouge plus intense que d'ordi-

naire. Ce district s'étend, comme on le sait, en forme de papillon sur le nez et les joues. Mais bientôt, de ces premières colonies du catarrhe séborrhéique part une rougeur capillaire diffuse qui entoure sur une grande étendue les efflorescences primaires et les rend méconnaissables. A l'intérieur de l'hyperhémie, d'abord capillaire, apparaissent bientôt des angiectasies veineuses, habituellement rayonnant au dehors sous forme d'étoile, disposées perpendiculairement au sillon du nez et imprimant à la surface de la peau un aspect rouge tacheté. Plus tard, les vaisseaux profonds de la peau se dilatent également et on les voit à travers la peau comme des signes bleuâtres, d'où résulte un effet d'ensemble de coloration moins rouge clair et moins rouge jaune, mais rouge plus bleuâtre, plus violet. En dehors des irritations extérieures et réflexes périodiques l'effet instantané extrêmement favorable de toute thérapie antiséborrhéique sur la dilatation des vaisseaux, du moins sur celle des capillaires, démontre bien que cette paralysie extraordinaire des vaisseaux est en grande partie provoquée par l'irritatation permanente du catarrhe séborrhéique.

c) *Tache squameuse, pityriasis.* — Ici le pityriasis est l'expression exclusive de la parakératose. Cette forme élémentaire représente, quand elle a un caractère diffus, le pityriasis capitis ordinaire; à l'état circonscrit, le pityriasis alba des auteurs. Le premier consiste en des amas de squames plus ou moins abondants sur une peau tout à fait pâle ou légèrement rouge. Ces amas, selon que la parakératose envahit de préférence l'épithélium de revêtement ou les orifices folliculaires, forment des lamelles horizontales traversées par les poils, avec de petites saillies de la partie inférieure en forme de prolongements, ou bien constituent des tubes cornés, blanc crayeux, qui entourent les poils en forme de collerette, avec prolongements horizontaux semblables à des ailes. Dans la plupart des cas, après l'enlèvement des squames par le grattage, on voit sourdre la sécrétion sébacée hors des follicules.

A la face, au cou, sur les épaules, les bras et la région supérieure du thorax, on trouve, en connexion avec le pityriasis capitis, les taches squameuses circonscrites, à bords d'ordinaire tranchés, qui ne sont visibles, en raison de la petite dimension des squames, qu'à l'éclairage oblique. Ces taches permettent de voir, d'une part, toutes les transitions en taches hyperhémiques, squameuses et lisses, d'autre part, en taches à desquamation grasse et recouvertes de croûtes. Ces taches pâles, simplement squameuses, sèches, à peine aperçues du malade, jouent un rôle, non en elles-mêmes, sous le rapport clinique, mais bien comme des satellites très répandus, s'augmentant en secret d'un catarrhe séborrhéique latent et comme précurseurs et points de départ de la plupart des formes graves. Si on doit regarder une forme élémentaire comme la forme primaire et essentielle, ce ne peut être, pour l'eczéma séborrhéique, que la tache squameuse.

Non seulement au point de vue clinique, mais même au point de vue étiologique, l'étude du pityriasis diffus et circonscrit a une importance considérable ; car cette forme élémentaire doit décider si l'on peut maintenir l'unité actuelle du catarrhe séborrhéique, qui a en sa faveur principalement les formes cliniques de transition, ou s'il ne faut considérer les catarrhes secs, simplement squameux, que comme des précurseurs de

nature spéciale, auxquels vient s'ajouter le sébotaxisme par la voie de l'infection mixte et dont la réunion avec les catarrhes secs constitue en réalité le catarrhe séborrhéique.

2° SYNANTHÈMES, FORMES ÉLÉMENTAIRES COMPOSÉES. — Ces éruptions consistent dans les combinaisons les plus différentes de macules, de papules, de squames, de croûtes qui peuvent être sèches, grasses ou humides.

a) *Type circonscrit, tache circonscrite.* — Ce synanthème élégant s'observe presque uniquement sur la moitié supérieure, antérieure et postérieure du tronc ; son siège de prédilection est la région sternale. Ernest Besnier avait donné une excellente description de ce type avant qu'on eût reconnu ses rapports avec l'eczéma séborrhéique. Il est formé par des taches nombreuses, de la dimension d'un pois à celle d'une lentille, gris jaune à rouge brun, assez irrégulièrement disséminées, rugueuses ou recouvertes de squamules fines, sèches et grasses. Elles sont surtout caractérisées par des bords nettement tranchés. Les bords sont çà et là recouverts d'une croûte annulaire, extrêmement fine, semblable à un bourrelet, qui consiste en quelques lamelles cornées et beaucoup d'exsudat fibrineux. En général, les frictions, les lavages, etc., font tomber cette croûte et l'efflorescence représente alors une légère dépression annulaire, fine, entourée d'un sillon de même forme. Ces taches annulaires peuvent s'étendre concentriquement d'un point, le sillon annulaire s'étendant à la périphérie et laissant une surface squameuse. Ce synanthème se compose d'une simple parakératose avec séborrhée plus ou moins prononcée au centre de la tache et transformation spongoïde de l'épithélium à la place du sillon annulaire périphérique, avec formation consécutive de croûtes. La prolifération épithéliale, l'hyperhémie, l'œdème et l'infiltration du derme manquent, au contraire, ou sont peu marqués. Ce type ne devient jamais serpigineux et circiné avec guérison d'un seul côté.

b) *Type pétaloïde.* — Ce synanthème détermine des dessins élégants, spéciaux, surtout dans la région sternale ; dans certains cas, il s'étend à tout le tronc et même aux membres. Avant d'être connu comme une variété du catarrhe séborrhéique, il avait été décrit par E. Wilson sous le nom de lichen annulaire serpigineux et plus tard sous d'autres dénominations. Ce sont des efflorescences maculeuses, mais plus souvent encore des papules aplaties, de la dimension d'une lentille, rouge jaune, recouvertes de squames sèches ou grasses ; elles commencent en général sur le sternum et, contrairement au synanthème précédent, elles ont une grande tendance à une expansion périphérique, excentrique. Ce sont des taches ou des papules de la grosseur d'une lentille, qui se transforment en cercles ouverts d'un côté, puis des demi-cercles et finalement des segments de cercles indépendants les uns des autres ; ils ont une coloration rouge jaune et sont fréquemment recouverts de squamules grasses. Sur les bords indemnes de squames, on voit presque toujours, sous forme de points plus rouges, parfois déprimés, les orifices des follicules légèrement béants.

Dans ce synanthème, les dépressions des follicules indiquent le point maximum de l'inflammation. Cela a lieu aussi pendant la marche serpigineuse qui ne se produit pas tout à fait régulièrement, mais qui, au moyen de petites saillies arrondies, envahit d'abord les follicules les plus rapprochés et englobe ensuite seulement le bord voisin. Alors la zone de la partie

guérie, au centre, présente une teinte jaune spécifique ; elle est d'ordinaire légèrement déprimée relativement au bord serpigineux en général, lisse et mate, presque jamais squameuse ou grasse. Après avoir persisté quelquefois des années sur la partie grasse et velue du sternum, l'éruption peut envahir tout le thorax, soit par sa marche serpigineuse et la confluence des efflorescences anciennes, soit par de nouvelles poussées sur les parties saines de la peau.

Dans ce synanthème, une parakératose caractérisée survient avec une prolifération épithéliale (akantose) et une coloration jaune spécifique. L'hyperhémie et l'infiltration cellulaire du derme sont plus développées que dans la forme précédente, mais toujours peu considérables. Mais ce type, par l'accentuation de l'akantose, la séborrhée ou la transformation spongoïde, peut très facilement se transformer en efflorescences papuleuses, nummulaires, recouvertes de croûtes grasses ou humides.

c) *Type nummulaire.* — L'éruption ici n'est pas, comme dans les autres synanthèmes, limitée à la moitié supérieure du tronc, mais peut exister sur le corps tout entier. Ce type se trouve donc spécialement représenté dans les éruptions généralisées, aiguës ou chroniques. Les efflorescences sont rondes ou ovales, de 1 à 2 centim., et même plus, de diamètre, d'abord aplaties, mais légèrement saillantes, non taillées à pic; plus tard, plus nettement délimitées et plus proéminentes, rouge jaune au début, ensuite de teinte plus foncée ; prurit seulement au début, et plus tard, lorsqu'il y a des sueurs abondantes; les papules sont constamment recouvertes de squames ou de croûtes grasses, d'épaisseur et de consistance très différentes, et d'une proportion variable de graisse ; le bord externe est ordinairement indemne et d'une couleur rouge, qui contraste avec le centre squameux blanc jaunâtre ou jaune. L'éruption s'étend par la progression uniforme du bord, mais sans phénomènes inflammatoires intenses, par exemple, sans production de vésicules. Sur quelques régions du corps, principalement au-dessous de la ligne de démarcation du front et des cheveux, puis à la nuque, à la limite des cheveux, le rebord axillaire, au pourtour de l'anus, les papules nummulaires se groupent de préférence en séries et en cordons, au front sous forme de diadème séborrhéique (couronne séborrhéique).

Les squames renferment une si grande proportion de graisse qu'on peut les pétrir entre les doigts. Si l'on enlève les squames, la couche cornée est lisse et rouge, non graisseuse, mais d'un brillant humide. On découvre çà et là, sous les croûtes sèches et grasses, un pointillé rouge qui sécrète abondamment, principalement sur les bords des larges disques. Ces érosions humides correspondent à des parties à dégénérescence spongoïde de la couche épineuse et se trouvent constamment dans les points où la forme nummulaire se transforme en forme humide. On rencontre surtout cette transformation au cuir chevelu, où elle survient fréquemment chez l'adulte, très souvent chez le nourrisson. Allant du vertex vers le front et la face, ou vers les tempes et les oreilles, on observe assez souvent le développement tout entier des exanthèmes séborrhéiques, depuis le pityriasis sec jusqu'à la séborrhée croûteuse et à l'eczéma humide.

Quand la sécrétion est plus abondante, les symptômes qui caractérisent l'eczéma séborrhéique, les squames grasses disparaissent ; il en est de

même de la coloration jaunâtre sous la rougeur profonde des surfaces érodées. A cette période de l'eczéma rubrum, tous les eczémas des origines les plus différentes se ressemblent. Mais l'eczéma séborrhéique se reconnaît en ce qu'il n'est presque jamais humide dans toute son étendue et présente, par suite, constamment, dans d'autres régions, des efflorescences, ou même, sur une seule et même efflorescence, des squames typiques sèches ou grasses et les autres symptômes du catarrhe séborrhéique. Presque régulièrement on peut observer cette coexistence des formes nummulaires et humides, au cou, aux oreilles, au creux des aisselles, dans la région inguinale et sur le scrotum chez les adultes. Dans ce synanthème nummuliforme ou discoïdiforme, il y a en même temps une forte parakératose, une séborrhée considérable et une prolifération épithéliale notable.

d) *Type annulaire.* — Ce type résulte de la progression serpigineuse des disques nummuliformes; comme la variété précédente, il survient sur toutes les régions du corps et provient exclusivement de cette variété par la guérison du centre. On retrouve par conséquent aussi l'ensemble des symptômes qui sont provoqués par la présence simultanée de la prolifération épithéliale, de la parakératose et de la séborrhée, modifiés par la guérison centrale qui est due à la mort rapide et définitive du parasite. Dans cette variété, les bords sont donc plus larges, plus élevés et plus durs que dans la forme pétaloïde, recouverts d'une plus grande quantité de squames ou de croûtes. Ils s'étendent concentriquement, non d'une façon excentrique et beaucoup plus lentement. En général, les formes annulaires sont plus sèches et moins grasses que les formes nummulaires et tendent par suite moins à produire des croûtes grasses très épaisses. Par contre, ils se rapprochent beaucoup, par ces modifications, des psoriasis circinés, dont il est souvent difficile de les distinguer. Comme ces derniers, ils recouvrent parfois, par de larges arcs de cercle confluents par leurs bords polycycliques, de grandes surfaces du tronc et des membres.

e) *Type concret; concrétions sébacées sur une base inflammatoire.* — Ce synanthème séborrhéique est caractérisé par sa richesse en graisse, qui vient ici principalement des glandes sébacées. Il ne s'agit pas d'une simple hypersécrétion qui ne permettrait pas de ranger cette forme dans les catarrhes séborrhéiques, mais d'un produit final de bon nombre d'affections séborrhéiques. Si on détache les croûtes grasses, il reste une couche cornée d'aspect normal, humide. Elle consiste en couches alternées de cellules cornées et de sebum. Dans ces cas, à l'exanthème séborrhéique a succédé une alopécie persistante, avec hypertrophie consécutive des glandes sébacées ; les follicules, bloqués auparavant par la couche cornée, s'ouvrent en partie, et la sécrétion sébacée qui n'est plus utilisée pour le cheveu s'accumule entre les squames cornées. Cet état final du catarrhe séborrhéique s'observe le plus souvent sur le cuir chevelu, le nez et les parties adjacentes des joues, rarement au cou, aux oreilles, dans la barbe, sur les jambes, aux organes génitaux. Ce type est extrêmement chronique : on le rencontre d'ordinaire chez les personnes âgées, qui ne font pas un usage habituel de savon et d'eau, mais il survient aussi chez les individus jeunes, même chez les enfants, sur le cuir chevelu, consécutivement à des eczémas séborrhéiques de longue durée accompagnés d'alopécie.

Les formes élémentaires et synanthèmes simples ci-dessus sont les états les plus importants qui le distinguent des autres eczémas; de leurs combinaisons multiples résultent les éruptions aiguës, subaiguës et chroniques, circonscrites et généralisées du catarrhe séborrhéique. Quand ces formes élémentaires et synanthèmes, qui n'ont pas en eux-mêmes un habitus séborrhéique, mais seulement un caractère eczémateux général, viennent s'ajouter à ce catarrhe, c'est alors seulement que son tableau est complet. Il faut ranger ici les éruptions vésiculeuses analogues à des miliaires, tout à fait aiguës, comme précurseurs des eczémas séborrhéiques, les eczémas humides, les eczémas herpétiformes disséminés et presque symétriques sous forme de plaques œdémateuses tuméfiées, avec groupes de vésicules, les eczémas intertrigineux, les eczémas kératoïdes et fendillés, les eczémas professionnels.

Le catarrhe séborrhéique, y compris le pityriasis capitis, est la cause la plus fréquente de l'alopécie. Les maladies des ongles sont loin d'être aussi communes. Dans les cas généralisés, de longue durée, les ongles finissent par être envahis sous forme de soulèvements gryphotiques du lit de l'ongle et de déformations du plateau unguéal.

Mais une autre conséquence du catarrhe séborrhéique généralisé a une importance tout à fait spéciale et une très fâcheuse signification. Quand la parakératose prédomine, quand l'épiderme se détache incessamment en lamelles de plus en plus grandes, il se forme peu à peu un état que l'on peut désigner sous le nom de pityriasis rubra séborrhéique ou de status exfoliativus malignus de l'eczéma séborrhéique. Cette affection est due à la présence simultanée des quatre processus fondamentaux : parakératose, séborrhée, hyperhémie cutanée et prolifération épithéliale ; seulement cette dernière n'entraîne pas ici la tuméfaction papuleuse de l'épiderme, mais est constamment compensée par une tout aussi abondante desquamation. L'énorme perte quotidienne de cellules épidermiques, la déperdition constante de chaleur par l'hyperhémie continue et le prurit intercurrent avec insomnie consécutive déterminent la diminution graduelle des forces et amènent, dans l'espace de deux à quatre ans, le marasme et la mort.

Traitement. — Le traitement le plus rapide et le plus simple du pityriasis capitis, comme de l'alopécie qu'il provoque, est la pommade suivante :

Soufre précipité............................	de	1 à 3 gr.
Onguent simple............................		30 gr.

On l'applique au moins deux fois chaque semaine, après avoir eu soin d'enlever les restes anciens de pommade et les squames par un lavage avec l'esprit de savon alcalin. Dans le cas où la faible proportion de poussière jaune rend ce traitement impraticable, on emploie comme succédané une pommade à la résorcine de 2 à 5 p. 100, avec addition de 1 p. 1000 de sublimé, ou de 1 p. 100 de sulfophénate de zinc. Quand la chute des cheveux est prononcée, on fait bien d'ajouter à la pommade sulfureuse de 2 à 10 p. 100 de teinture de cantharides.

Pour les plaques croûteuses du cuir chevelu, un traitement plus énergique, à l'aide de pâtes, est nécessaire. Il en est de même en ce qui concerne le traitement de toutes les taches squameuses anémiques et hype rhémique

de la face, de tous les catarrhes séborrhéiques à bords tranchés et pétaloïdes avec tendance à l'humidité.

Dans la plupart des cas, Unna se sert de la pâte suivante :

Oxyde de zinc	6 gr.
Soufre précipité	4 »
Terre siliceuse	2 »
Axonge benzoïnée	28 »

On l'applique chaque jour deux à trois fois en petite quantité, mais en frictionnant avec soin, de manière à ce qu'une partie pénètre dans la couche cornée et que le surplus reste sur la peau sous forme de poudre. Auparavant, on fait un lavage avec l'esprit de savon pour détacher les croûtes et les squames. Si ce traitement irrite la peau, on le cesse quelques jours ; on le remplace alors par de la gélatine de zinc ou une pommade rafraîchissante. Si on veut rendre la pâte plus active, il est préférable, d'ajouter, au lieu d'augmenter la proportion de soufre pour les formes hyperhémiques, 5 à 10 p. 100 d'ichtyol; pour les formes anémiques, 5 à 10 p. 100 de résorcine.

Quand il y a une prolifération épithéliale abondante, le traitement cidessus ne suffit pas, il faut le combiner avec la chrysarobine:

Chrysarobine	5 gr.
Acide salicylique	2 »
Ichtyol	5 »
Vaseline jaune	88 »

On fait des frictions deux fois chaque jour avec cette pommade, et on fait porter au malade des vêtements de laine. Pour les plaques circonscrites, après la friction on recouvre avec une couche mince d'ouate et un tissu de gutta-percha que l'on fixe avec une bande de mousseline.

Dans certains cas où il y a lieu de recourir à un traitement doux prolongé, particulièrement chez les malades à peau irritable et habitant à une certaine distance du médecin, on emploie d'une manière permanente ou seulement pendant la nuit des compresses imbibées de la solution suivante :

Résorcine } Glycérine }	ââ 10 gr.
Alcool	180 »

que l'on étendra de quatre parties d'eau ou d'infusion de tilleul.

On applique sur la peau une mince couche d'ouate imbibée de cette solution étendue, on la recouvre avec du tissu de gutta-percha maintenu à l'aide d'un bandage.

Dans les eczémas séborrhéiques généralisés, on prescrit de préférence des lavages chaque soir avec de l'eau chaude additionnée pour une demi-cuvette de 2 gr. de résorcine chez les enfants et de 5 gr. chez les adultes. On imbibe avec cette solution une chemise de laine que revêt le malade ; puis on l'enveloppe dans son lit de couvertures de laine et il reste toute la nuit avec ce pansement résorciné. Avec ce traitement, on peut pendant le jour appliquer concurremment la pommade de soufre et de zinc.

Parmi les formes spéciales, il faut signaler : les eczémas séborrhéiques humides de la tête des enfants, les intertrigos séborrhéiques et l'acné rosacée. Tous les cas graves des deux premières formes du catarrhe sont justiciables, outre la pâte de soufre et de zinc, de l'application de compresses enduites de pommade de zinc et d'ichtyol. L'acné rosacée séborrhéique réclame, avec la pâte de zinc et de soufre, une ou plusieurs applications d'une pâte provoquant de la desquamation ; en voici la formule :

Oxyde de zinc................................	4 gr.
Terre siliceuse................................	1 »
Axonge benzoïnée............................	15 »
Résorcine......................................	20 »

A. Doyon.

Fibres élastiques. — Du Mesnil de Rochemont. Ueber das Verhalten der elastichen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 565.)

On sait que Zenthöfer a publié récemment, dans les *Dermatologischen Studien*, de Unna, un mémoire remarquable sur la topographie du tissu élastique dans la peau normale, mémoire qui, du reste, a obtenu le prix au concours ouvert sur cette question.

M. du Mesnil de Rochemont indique tout d'abord l'état normal des fibres élastiques de la peau ; sa description est conforme à celle de Zenthöfer.

Il se demande ensuite quelles sont les modifications qui surviennent dans ces fibres dans les états pathologiques de la peau. Il ne saurait être question que de ceux qui ont atteint, d'une manière primaire, le derme, ou, du moins, y ont déterminé des phénomènes sympathiques secondaires. Ici entrent en ligne de compte les processus inflammatoires hyperplasiques, puis les processus inflammatoires de dégénérescence ; en outre les néoplasies, les hypertrophies et les états atrophiques.

Comme premier paradigme pour les processus inflammatoires hyperplasiques, l'auteur a choisi l'eczéma chronique. Le tableau microscopique est caractérisé, comme d'ordinaire, par une exsudation dans les couches supérieures du derme, avec dilatation considérable des espaces lymphatiques qui sont remplis de cellules d'exsudat et de corpuscules en voie de prolifération de tissu conjonctif. Sur les trabécules fibrillaires de tissu conjonctif qui se trouvent dans les intervalles, il existe un gonflement homogène caractéristique, le corps papillaire est hypertrophié, les vaisseaux lymphatiques et sanguins dilatés et les parties environnantes très infiltrées de cellules ; dans les couches supérieures du derme, il y a aussi, en quelques points, du pigment qui se trouve en grande quantité immédiatement sous les papilles soit à l'état libre, soit renfermé dans des cellules, et a provoqué une coloration foncée de l'épiderme épaissi. Le réseau élastique a subi des modifications très caractéristiques. Dans les couches profondes du derme, en dehors de la dilatation et de la pléthore considérables des vaisseaux sanguins et lymphatiques, les fibres élastiques sont tout à fait

normales; dans les couches supérieures, correspondant à l'augmentation de l'infiltration et de la tuméfaction du tissu, on remarque une disparition graduelle de ces fibres. Dans les couches supérieures du derme, il y a encore çà et là entre les fibrilles un groupe de fibres élastiques plus accusées, ou bien il existe entre les cellules d'infiltration quelques fibres plus ou moins longues, d'ordinaire assez minces. Au contraire, à la place où l'inflammation est le plus intense dans le corps papillaire, on peut à peine distinguer une fibre élastique. Le réseau sous-papillaire a complètement disparu. Dans l'eczéma chronique, dans les points infiltrés, le réseau élastique disparaît.

Dans la sclérodermie, l'examen microscopique a permis de constater une fusion et un gonflement caractéristiques des fibrilles de tissu conjonctif, outre une prolifération du tissu conjonctif de nouvelle formation, particulièrement accentuée au voisinage des vaisseaux artériels. Le corps papillaire est, comme dans toutes les affections inflammatoires, gonflé, hypertrophié et infiltré de cellules ; il en est de même en quelques points des couches supérieures du derme.

L'auteur se demande ensuite si ce sont les phénomènes inflammatoires et les produits d'inflammation qui occasionnent la disparition des fibres élastiques dans les états décrits ci-dessus, ou si c'est à la simple compression qu'il faut attribuer sa destruction. Pour répondre à cette question, il faut observer une maladie dans laquelle, à côté de processus inflammatoires légers, la stase exerce sur les tissus une forte pression. Dans ce but, il a examiné un fragment de peau provenant d'un éléphantiasis considérable par stase, qui, à l'œil nu et sur la coupe, faisait l'impression d'une callosité dure, blanche, lardacée, dans laquelle la peau et le tissu conjonctif sous-cutané étaient transformés. Au microscope, sauf une légère infiltration cellulaire du corps papillaire, il n'y a partout que des états véritablement hyperplasiques, les faisceaux de tissu conjonctif du derme et du tissu sous-cutané sont très épaissis, les espaces lymphatiques notablement élargis ; mais les modifications les plus frappantes se trouvent dans les couches les plus superficielles du derme.

Dans le tissu sous-cutané et dans les parties simplement hypertrophiées du derme, le réseau élastique est extrêmement développé, les fibres isolées sont épaissies, tendues. Les modifications les plus importantes existent dans la topographie et la constitution du réseau dit sous-papillaire : ce réseau est conservé ; cependant on le voit, correspondant à l'expansion du corps papillaire, séparé nettement de l'épiderme et en connexion étroite avec le système fibreux du derme proprement dit. En conséquence, les faisceaux dits fibreux irradiant dans les papilles sont tendus et se prolongent vers l'épiderme, sous forme de longues traînées; en plusieurs points, leur nombre a diminué et ils sont devenus plus fins.

Le processus inflammatoire est donc l'agent nocif qui détermine la disparition des fibres élastiques. Cette proposition est aussi confirmée d'une manière évidente par l'étude de l'état des fibres élastiques dans la sclérose initiale.

Des recherches faites dans ce cas, il résulte que les produits de l'inflammation sont à même, dans certaines conditions, de détruire le système

élastique fibreux ; toutefois, il resterait encore à savoir si ce sont les cellules en prolifération du tissu conjonctif, les corpuscules blancs du sang émigrés ou des produits chimiques qui amènent la destruction. Pour élucider cette question, on a examiné les dégénérescences inflammatoires qui provoquent naturellement une destruction complète des éléments élastiques ; l'auteur choisit comme paradigme un lupus exulcérant. On voit aussi dans ce processus que le tissu élastique est modifié d'une façon très caractéristique. Dans la sphère de la granulation tuberculeuse proprement dite, il manque complètement ; il a également disparu dans une zone d'environ une ligne de largeur qui l'entoure, tandis que les autres éléments de structure sont conservés d'une manière absolument normale. Dans les autres parties environnantes plus éloignées, les fibres élastiques existent in toto. Dans un ulcère tuberculeux de la peau, provenant de la lèvre supérieure d'un malade mort de phtisie et contenant de nombreux bacilles tuberculeux, l'auteur constata exactement le même phénomène. Une zone de tissu d'aspect normal, qui entourait les granulations tuberculeuses, ne présentait nulle part de fibres élastiques colorables, de sorte qu'on est obligé de rapporter la disparition du tissu élastique, dans les processus tuberculeux, à l'action d'agents chimiques.

L'étude des néoformations a montré à l'auteur qu'il ne faut pas toujours rattacher à des processus de ce genre la destruction du tissu élastique. Ainsi, dans le molluscum fibreux bénin, par exemple, il a vu d'une manière très caractéristique que le tissu élastique peut disparaître aussi sous l'influence des cellules en prolifération du tissu conjonctif. Les fibres élastiques, à la limite de la tumeur, étaient plus rares ; cependant, il est possible d'en suivre quelques-unes jusqu'entre les cellules fusiformes ; ce n'est qu'au centre de la tumeur que la substance élastique a tout à fait disparu.

Les fibres élastiques présentent une grande résistance à la poussée des proliférations épithéliales atypiques, spécialement au carcinome ; l'auteur a été à même de le constater dans un cancroïde de la lèvre, où il pouvait suivre les fibres élastiques très peu modifiées jusque tout à fait entre les éléments épithéliaux. En résumé, il croit que si les épithéliums mous ne peuvent pas, au même degré que les corpuscules durs de tissu conjonctif, exercer une pression sur la substance élastique et, par suite, une influence fâcheuse sur sa nutrition, il n'est toutefois pas douteux que les cellules elles-mêmes n'arrivent très graduellement, quoique lentement, à détruire le réseau élastique.

Dans l'hypertrophie simple de la peau, il existe des différences au point de vue du tissu élastique, suivant qu'il s'agit de l'hypertrophie simple de l'épiderme ou de celle du corps papillaire et du derme.

Dans la première, par exemple dans la callosité simple (tylosis), le tissu élastique reste intact dans toutes ses parties. Il en est tout différemment dans la verrue, où l'hypertrophie envahit, outre l'épiderme, le corps papillaire et les parties supérieures du derme ; le tissu élastique dans le corps papillaire est, dans ce cas, plutôt diminué qu'augmenté.

Dans la verrue sénile ou séborrhéique, l'auteur a trouvé le réseau sous-épithélial un peu relâché, manquant en quelques points ; les fibres s'irradiant dans les papilles avaient pour la plupart disparu ; le réseau, dans la

portion correspondant à la verrue, fait une légère saillie et présente au-dessus et au-dessous de lui une couche plus pauvre en fibres et un peu élargie. A. DOYON.

Glandes sudoripares (Maladies des). — PETERSEN. Beiträge zur Kenntniss der Schweissdrüsen. — Erkrankungen. *(Archiv. für Dermat. und Syphilis*, 1893, p. 441.)

On a en général peu écrit sur les altérations anatomiques des glandes sudoripares, tandis qu'il existe un très grand nombre de travaux sur les troubles fonctionnels de ces glandes.

Ce qu'il faut signaler avant tout, c'est l'extrême divergence des opinions des auteurs sur la signification des différentes lésions, sur l'étendue et l'importance de la participation des glandes de la sueur aux processus pathologiques de la peau.

Dans le travail actuel, l'auteur se propose d'étudier l'importance des glandes sudoripares, tout au moins dans quelques processus pathologiques de la peau, en s'appuyant sur les cas de maladies de ces glandes rapportés dans la science, ainsi que sur quelques-unes de ses observations personnelles.

En premier lieu, *lésions hypertrophiques des glandes sudoripares.* On a constaté la simple hypertrophie dans une série de maladies de la peau : verrues molles, ichtyose, eczéma aigu et chronique, prurigo, maladies fébriles graves, accompagnées de sueurs profuses. Virchow a trouvé dans la phtisie parfois l'hypertrophie des glandes et la dilatation des canaux glandulaires, fréquemment liées à la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des glandes.

Les glandes sudoripares jouent dans les tumeurs de la peau un rôle très variable ; les opinions des auteurs sont à cet égard souvent très différentes. Ceci est surtout vrai pour l'adénome des glandes de la sueur.

Virchow a toujours contesté très vivement l'existence de cette espèce de tumeur. Il signale avant tout la possibilité de confondre facilement quelques formes d'angiomes avec des tumeurs de glandes sudoripares. Une autre circonstance qui fit tomber en discrédit l'adénome des glandes sudoripares, était qu'un grand nombre d'auteurs comprenaient, d'une façon essentiellement vague, la dénomination d'adénome et y faisait entrer des tumeurs que l'on devait, à coup sûr, ranger parmi les épithéliomes ou les carcinomes. Il faut exiger, d'après notre terminologie actuelle, que l'adénome représente, dans les traits principaux, le type de la glande correspondant au point d'élection du néoplasme. On doit par conséquent, dans l'adénome des glandes sudoripares, retrouver la disposition et la forme des cellules des glandes ainsi que le calibre des canaux ; avant tout, la membrane propre ne doit pas être perforée. Si l'on interprète d'après cela les cas rapportés dans la science, on conservera à très peu d'entre eux le nom d'adénome.

A propos d'un cas d'adénomes multiples des canaux excréteurs des glandes de la sueur, l'auteur rappelle qu'il était autrefois d'avis que le néoplasme ne procédait pas des glandes tout à fait formées, mais qu'on devait le regarder comme la conséquence d'un trouble dans le dévelop-

pement des glandes avortées. Il maintient cette opinion pour la plus grande partie des tumeurs pour les raisons indiquées ci-dessus ; cependant il a eu dans la suite l'occasion de faire des recherches sur d'autres parties de tumeurs de structure absolument analogue, de la même malade et qu'on ne peut interpréter que d'une façon ; c'est que le néoplasme avait son point de départ dans les glandes achevées, c'est-à-dire dans leurs canaux excréteurs.

Petersen passe ensuite en revue tout ce qui a été écrit sur les adénomes des glandes sudoripares. Les dénominations sous lesquelles ils ont été classés sont presque aussi nombreux que les auteurs qui les ont décrits.

L'auteur s'occupe ensuite des *épithéliomes des glandes sudoripares*. Sous le nom d'épithéliome, pris ici dans son sens le plus large, il comprend les néoplasies bénignes, qui sont encore en partie très rapprochées de l'adénome, ainsi que le groupe des carcinomes. Pour des motifs pratiques, il traite en même temps de ces différentes formes, car, principalement dans les anciens auteurs, il n'existe pas de ligne de démarcation nette.

La préférence que les épithéliomes présentent en général pour les organes glandulaires permet déjà d'admettre à priori qu'ils atteignent aussi les glandes de la peau. Si incontestables que soient les altérations secondaires multiples qui envahissent les glandes sudoripares dans les épithéliomes de la peau, on ne sait pas encore jusqu'à quel point elles constituent le foyer primaire de la maladie.

L'importance des glandes sudoripares dans ces affections a été tout d'abord indiquée par Remak et Verneuil.

Remak distingue ainsi que Führer une forme superficielle et une forme profonde de l'épithéliome ; cette dernière aurait, dans la plupart des cas, son point de départ dans les glandes de la sueur ; les cordons solides de l'épithéliome seraient analogues aux prolongements cellulaires d'où partent embryologiquement les canaux creux des glandes. Aussi proposa-t-il pour cette forme le nom d'adénome.

Verneuil est arrivé, en somme, aux mêmes conclusions ; il admet aussi une forme superficielle et une forme profonde du cancer de la peau, cette dernière variété partirait constamment des glandes sudoripares. Les cylindres épithéliaux en forme de spirales, vermiformes, avec leurs anses et leurs ramifications latérales, sont, toujours aux yeux de cet auteur, des glandes sudoripares qui prolifèrent. Verneuil est allé, sous ce rapport, beaucoup trop loin ; parmi ces observations, il en est quelques-unes où la prolifération avait manifestement son point de départ dans l'épithélium superficiel. Cette inexactitude s'explique par l'absence, à cette époque, d'une connaissance exacte des rapports anatomiques normaux. D'après lui, la formation de la tumeur commence par la prolifération de l'épithélium glandulaire en dedans des limites de la membrane propre, de telle sorte que le calibre se rétrécit de plus en plus et finit par disparaître complètement ; puis il se forme des bosses latérales, des excroissances et des ramifications plus étendues. Jusqu'à ce moment, la néoplasie est encore bénigne, elle correspond à ce que Broca a plus tard décrit sous le nom de polyadénome. L'épithélium en prolifération constante finit cependant par perforer en un point quelconque la membrane propre, pour gagner, sans être désormais

retenu par rien, les parties environnantes sous forme de carcinome malin.

Cette théorie concorde parfaitement avec la marche clinique de quelques-unes de ces tumeurs qui augmentaient d'abord lentement dans l'espace de quelques années pour se développer ensuite tout à coup très rapidement (souvent sous l'influence d'une irritation externe) et présenter l'aspect d'un carcinome.

Verneuil et ses élèves, ainsi que de nombreux auteurs, ont décrit des cas de tumeurs des glandes sudoripares, dans lesquels on a attaché trop d'importance à la ressembladce extérieure des prolongements carcinomateux avec les conduits des glandes.

Les opinions sont extrêmement divergentes sur la nature de l'ulcus rodens que l'on a voulu rattacher étroitement aux glandes sudoripares. Tandis que Billroth, Weber, Fergusson, etc., regardaient cette affection comme un carcinome épithélial ordinaire, plat, qui s'ulcérait et se rétractait là, Thiersch et Buttin le décrivaient comme un carcinome des glandes sébacées, Tilbury Fox, Sangster, Hume comme un carcinome des follicules pileux, et G. Thin, qui s'était occupé particulièrement de cette question, place son origine dans les glandes sudoripares. Dans un cas d'ulcus rodens, l'auteur n'a pas réussi à trouver une participation appréciable des glandes sudoripares, tandis que les glandes sébacées étaient presque toujours le siège d'une abondante prolifération. Si l'on compare ces données extraordinairement contradictoires sur l'origine de l'ulcus rodens, il paraît à peu près certain que l'ulcus rodens des différents auteurs n'est qu'une notion clinique, mais nullement une tumeur particulière au point de vue histologique ; une néoplasie épithéliale, chronique, atypique, qui peut avoir son point de départ dans les productions épithéliales les plus différentes de la peau, dans certains cas aussi dans les glandes sudoripares.

Il existe d'autres variétés d'épithéliomes des glandes de la sueur ; Darier a décrit un cas qu'il a désigné sous le nom d'épithéliome diffus multiple des glandes sudoripares ; Malherbe a communiqué un autre cas de tumeur à structure générale de carcinome qui, en quelques points, intéressait d'une manière évidente les glandes de la sueur ; Creighton a trouvé un état analogue dans trois tumeurs existant sur un chien. Enfin l'auteur a observé, à la clinique de Bonn, une autre variété d'épithéliome de l'appareil glandosudoripare, qu'il a désignée sous le nom d'épithéliome des conduits excréteurs des glandes de la sueur, de syringo-épithéliome.

A propos de ce groupe des épithéliomes, il a souvent été question de la grande tendance qu'ont les glandes de la sueur à participer par prolifération secondaire à la structure des tumeurs qui naissent dans leur voisinage. Mais tandis que dans les épithéliomes, en raison de la ressemblance des conduits en voie de prolifération des glandes de la sueur avec des prolongements épithéliaux d'origine différente, il est souvent très difficile de suivre ces processus dans le détail, l'auteur y a réussi d'une manière beaucoup plus certaine dans une autre variété de tumeurs, dans l'angiome simple de la peau. Il décrit ensuite en détail les kystes des glandes sudoripares sur lesquels Verneuil a le premier appelé l'attention sous le nom d'hypertrophie kystique.

Relativement au lupus, Petersen rappelle que, dans les anciens ouvrages

d'anatomie pathologique, les glandes sudoripares jouaient le rôle principal. Il en est particulièrement ainsi dans les premières éditions de l'ouvrage de Rindfleisch. Mais si cette théorie ne peut être soutenue dans ces termes, il est certain, d'un autre côté, que les glandes sudoripares ont, dans la structure du lupus, une plus grande part que celle qui est indiquée dans la plupart des travaux récents sur l'anatomie du lupus.

Les modifications que l'on observe concernent soit le tissu conjonctif interstitiel des glomérules, lequel présente par sa grande vascularité un terrain particulièrement favorable au lupus, soit les canaux glandulaires eux-mêmes. Les anciens auteurs avaient déjà décrit des hypertrophies des épithéliums, des glandes (par exemple Auspitz); les lésions des glandes sudoripares sont signalées par Lang et Stilling; Petersen se rattache aux conclusions de ces auteurs.

L'inflammation chronique des glandes sudoripares joue également un rôle important dans la dermatite herpétiforme circonscrite (Neumann), dans le lupus érythémateux, l'éléphantiasis, la variole, la lèpre. L'auteur donne à cet égard des indications intéressantes tirées de ses observations personnelles et des faits consignés dans la science.

A. Doyon.

Lèpre. — Beaven Rake. The question of the communicability of leprosy. (*Medical Record*, 2 décembre 1893.)

Voici les conclusions de cet article, auquel la particulière compétence de l'auteur donne une réelle importance : 1° la lèpre est probablement due à un bacille, et théoriquement on peut admettre la possibilité de son inoculabilité ; 2° les inoculations expérimentales de la lèpre à l'homme ou aux animaux n'ont jamais réussi ; 3° rien ne prouve que la vaccination ait contribué à propager la lèpre ; 4° les observations recueillies semblent prouver qu'il est à la rigueur possible que la maladie se communique d'une personne à l'autre ; mais il est absolument évident que ces faits sont d'une rareté extrême et ne peuvent se produire que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles ; 5° la lèpre a décru lentement dans plusieurs pays, en l'absence de toute tentative d'isolement des lépreux ; tandis que, dans d'autres contrées, elle augmentait de fréquence, quoique l'on eût pris des mesures d'isolement ; 6° l'immigration des lépreux dans une contrée indemne de lèpre n'a pas été dans ces derniers temps suivie d'une extension appréciable de cette affection dans ces pays ; 7° en pratique, la lèpre peut être regardée comme une affection beaucoup moins dangereuse que la tuberculose au point de vue de la contagion, et elle ne doit pas nécessiter plus de mesures prophylactiques que cette dernière affection. L. B.

Lèpre. — P. Ferrari. La lebbra in Italia. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, mars, juin et septembre 1893, p. 5, 189 et 387.)

Après une étude historique très documentée sur la lèpre en Italie, Ferrari expose les résultats de son enquête personnelle.

Il résulte de cette enquête qu'il n'a jamais constaté un seul cas de trans-

mission par contagion, d'un sujet malade à un sujet sain. Là où la lèpre existe, sa présence est si ancienne qu'on a perdu tout souvenir de son apparition : elle est le patrimoine de quelques familles ; on ne la voit jamais se développer dans des pays non encore atteints, même très rapprochés des foyers connus, sauf lorsque les lépreux vont y habiter, et dans ce cas la maladie ne dépasse jamais les bornes de l'hérédité. Ferrari n'a jamais observé ou entendu citer de cas où la lèpre ait été transmise par la vaccination ou par l'allaitement et il n'a jamais pu observer sa porte d'entrée. Dans quelques cas, il est vrai, il n'a pu déterminer l'origine véritable de la maladie, mais il pense que dans ces cas il faut invoquer soit une paternité inconnue, soit la honte que les malades éprouvent à en avouer l'origine héréditaire.

Pour l'auteur, la lèpre est due à un processus bio-pathologique en relation avec une modification héréditaire des échanges nutritifs, et toutes les autres causes qui ont été invoquées pour expliquer le développement de cette maladie (climat, misère, âge, etc.) n'agissent que pour favoriser cette modification et en aggraver les effets. Ainsi considérée, la lèpre est très comparable à la scrofule.

Le bacille de la lèpre est, d'après Ferrari, probablement le même que le bacille de Koch, à s'en rapporter à ses caractères objectifs et aux effets de son inoculation aux animaux ; ainsi s'expliquent la terminaison habituelle de la lèpre par la tuberculose et la fréquence de la scrofule et de la tuberculose dans les pays lépreux.

Ferrari décrit ensuite, d'après ses observations personnelles, la symptomatologie de la lèpre, dont il distingue trois formes cliniques : érythémateuse ou maculeuse, néoplasique, érythémato-néoplasique ou complète, déclarant qu'il n'a jamais observé de faits méritant le nom de variété nerveuse, constituant une forme clinique particulière.

Il relate trois observations avec autopsie et examen histologique.

Ferrari a expérimenté sans succès les divers traitements proposés contre la lèpre, y compris l'huile de chaulmoogra. Il s'est bien trouvé des cautérisations ignées, dont il décrit ainsi l'usage : après lavage au savon et à l'eau chaude, puis avec une solution de sublimé au millième, il fait avec le petit couteau du thermocautère des incisions quadrillées dans toute l'épaisseur du tubercule, qu'il circonscrit à la limite des tissus sains au moyen d'une incision circulaire, et il panse à l'iodoforme ; le traitement est appliqué d'abord aux lésions de la face, puis à celles des autres parties du corps ; les cautérisations sont faites chaque jour, en les éloignant lorsque surviennent des phénomènes inflammatoires. En même temps, Ferrari administre l'huile de chaulmoogra dans de la tisane de fumeterre (à la dose de 6 gouttes par jour en trois fois, en augmentant de deux gouttes par jour jusqu'à 100 ou 120 gouttes) ; ce traitement est continué pendant 2 ou 3 mois, à moins qu'il ne survienne des contre-indications, puis suspendu pendant un temps égal et recommencé de la même façon. En outre, le malade est soumis à un régime tonique et fortifiant, il fait de l'exercice et de la gymnastique. Les douleurs névralgiques sont combattues par les bains de vapeur, le salicylate de soude, l'antipyrine, les applications de ventouses et les injections de morphine.

En conséquence de ses idées sur la nature de la lèpre, l'auteur pense que le moyen d'arrêter la propagation de la lèpre serait l'isolement absolu des lépreux dans le but de les empêcher d'avoir des enfants condamnés d'avance à être lépreux. Ce procédé étant impraticable, il demande qu'on conseille aux lépreux de ne pas se marier. Il croit que l'émigration des sujets malades en dehors des pays lépreux n'aurait d'autre résultat que de transporter la maladie dans des régions où on ne l'observe pas.

La gymnastique, l'hydrothérapie, une alimentation abondante peuvent être utiles pour augmenter la résistance de l'organisme.

Une carte indiquant les localités où la lèpre s'observe en Italie accompagne ce mémoire. GEORGES THIBIERGE.

Mélanose arsenicale. — H. MÜLLER. Ueber Arsenmelanose. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 165.)

D'après les observations de Förster, Hoffter, Wyss, etc., les pigmentations résultant de la médication arsenicale commencent par une coloration brun jaunâtre à la face, au tronc ou aux membres. Souvent elle envahit dès le début de grandes surfaces de la peau ; mais le plus souvent cette coloration se traduit par des taches isolées qui, il est vrai, peuvent ultérieurement se réunir à d'autres taches. Parfois, à l'intérieur de parties présentant une teinte diffuse, on voit quelques taches à coloration brune plus intense, Si l'on continue l'emploi de l'arsenic, la coloration peut devenir brun foncé, et dans quelques cas la face, le cou, le tronc et les membres prennent une teinte brun foncé uniforme (Hoffter). Les muqueuses visibles sont jusqu'à présent restées indemnes de pigment.

Un des symptômes principaux de la maladie d'Addison, la peau bronzée, présente un aspect tout à fait semblable à celui de la mélanose dont il est ici question. Dans la maladie d'Addison, la peau prend aussi une coloration brune qui peut envahir tout le corps ou former des taches isolées.

Dans la localisation sur le tégument externe, le pigment, dans la mélanose arsenicale, ne se distingue pas de celui de la maladie d'Addison. Car, de même que dans cette dernière affection, le pigment s'accumule de préférence dans les régions ayant déjà physiologiquement une teinte brune accusée (aisselles, seins), de même Wyss trouva, dans ces mélanoses arsenicales, la coloration la plus intense dans le creux axillaire, sur les grandes lèvres et à l'anus. Dans les deux maladies, la paume des mains et la plante des pieds restent en général indemnes ; Guaita a trouvé cependant dans un cas ces régions très fortement pigmentées. Toutefois il y a lieu de mentionner que dans la mélanose arsenicale les creux des jarrets sont en apparence fréquemment le siège de pigmentations plus prononcées.

Cependant il existe un caractère différentiel important entre les pigmentations dans les deux processus. Dans la maladie d'Addison, le pigment se localise principalement sur les muqueuses visibles, tandis qu'elles sont constamment indemnes dans la mélanose arsenicale.

L'auteur s'occupe ensuite du diagnostic différentiel d'avec les pigmentations idiopathiques, caloriques, toxiques, etc.

On sait notamment que, chez certaines personnes prédisposées, des

pigmentations « toxiques » se produisent sur la peau après l'application de différentes substances médicamenteuses irritantes.

La résorption du pigment se produit dans la mélanose arsenicale de la façon suivante : la coloration brune diffuse s'éclaircit peu à peu et, comme dans la plupart des cas elle résultait de taches pigmentaires confluentes, elle se résout de nouveau en plaques isolées. Finalement, la coloration disparaît presque toujours sans phénomènes accessoires marqués. Wyss et Guaita seuls prétendent avoir observé dans les parties en voie de décoloration une desquamation de la peau.

Müller décrit ensuite le cas de mélanose arsenicale qu'il a observé à la policlinique du Dr Joseph. Il s'agissait d'un malade atteint de psoriasis vulgaire qui fut traité tout d'abord pendant quinze jours par des badigeonnages avec une solution à 10 p. 100 de chrysarobine dans de la traumaticine. Après ce laps de temps, et alors qu'il ne restait plus nulle part trace de cette médication sur le corps, on prescrivit l'arsenic à l'intérieur sous forme d'acide arsénieux. Après qu'on eut administré environ 3 décigr. de cette préparation, on vit apparaître de nombreuses pigmentations, qui survinrent soit sur des régions antérieurement psoriasiques, soit sur des parties qui étaient toujours restées indemnes. La pigmentation variait du brun clair au brun foncé et se présentait sous forme de taches dont la dimension était celle d'une pièce de vingt centimes à celle d'une pièce d'un franc ; quelques-unes de ces taches avaient toutefois l'étendue de la paume de la main.

On ne pourrait objecter dans ce cas que la pigmentation était due à la maladie de la peau, puisque la coloration brune s'étendait à des parties qui n'avaient jamais été envahies par le psoriasis et que de plus le creux des jarrets était le siège d'une pigmentation intense, ce qu'on n'observe jamais dans cette affection. Quant à une action toxique de la chrysarobine, il ne saurait non plus en être question. Cette substance peut parfois, même appliquée sur des parties très limitées de la peau, provoquer une dermatite diffuse avec pigmentation consécutive, mais cette pigmentation est brun rouge ; et, de même que dans la leucodermie, on y trouve les parties de la peau autrefois traitées avec la chrysarobine, maintenant saines, sous forme de petits îlots blancs. La pigmentation dans ces cas disparaît aussi rapidement qu'elle est venue, dans l'espace de quinze jours.

L'examen microscopique d'un petit fragment de peau excisé sur le bras montra que le pigment se trouvait dans l'épiderme et dans le derme. Le pigment épithélial était surtout très abondant dans la région des cellules basales, plus rare dans la couche des cellules épineuses. Les parties supérieures, du stratum granuleux jusqu'au stratum corné, étaient indemnes de pigment.

Tout d'abord, le pigment épithélial apparaît intracellulaire, autrement dit à l'intérieur des cellules épithéliales typiques. Le corps de ces cellules, spécialement de la couche basale, est rempli de corpuscules de pigment, tandis que le noyau reste libre. Dans le cas actuel de mélanose, le pigment était accumulé surtout dans la zone marginale, où il était réparti d'une manière uniforme, tandis que dans la maladie d'Addison le pigment s'accu-

mule de préférence dans la zone marginale éloignée du derme. On constate d'ordinaire, tout autour du noyau, non seulement une zone peu pigmentée, mais même sans pigment.

Le pigment du derme était surtout caractérisé dans les papilles. Ces dernières contenaient chacune de huit à quinze masses de pigment, polymorphes, en général dentelées, ou, comme Wyss les désigne d'une manière saisissante, en « ramures de cerf ». En outre, dans les papilles il existait des filaments de pigment de structure granulée. En quelques points, ces filaments passaient dans les lignes intra-épithéliales fines. Comme celles-ci, ils ont entre eux de nombreuses anastomoses, se terminent en liberté, ou on peut les suivre jusque dans les corpuscules de pigment du derme. Dans les lignes de pigment qui se terminent en apparence en liberté, on peut admettre que les coupes n'ont nullement ou n'ont que très faiblement atteint le corps pigmentaire afférent.

Quant à ces masses de pigment dans le derme mentionnées ci-dessus, l'auteur se demande si, comme Wyss le croit, ce sont de simples conglomérats de pigments ou de véritables cellules de pigment.

Les corpuscules de pigment du derme, tels qu'ils ont été décrits par différents auteurs dans le pigment physiologique de quelques espèces animales, sont évidemment de nature cellulaire. Il en est tout autrement dans ce cas de mélanose et l'auteur tient à avouer d'avance qu'il n'a réussi que pour une partie des corps de pigment, à constater avec certitude leur nature cellulaire.

L'auteur expose ensuite en détail les opinions d'Elsasser, de Behrend, de Wyss, de Kölliker sur la signification de ces masses de pigment; celles de ce dernier auteur étaient semblables aux conclusions actuelles de Müller.

Il a trouvé également dans ses préparations des *Mastzellen* qui n'avaient aucun rapport avec la pigmentation.

Les recherches du pigment faites avec des réactifs chimiques n'ont donné aucun résultat particulier.

L'auteur termine par quelques mots sur le traitement de la mélanose arsenicale. Il est tout d'abord évident que, dès l'apparition de la coloration brune, il faut cesser l'arsenic, puis on se bornera à favoriser autant que possible la résorption de l'organisme. Wyss recommande les bains, le massage, etc. L'affection guérit en général spontanément, aussi n'est-ce que dans des cas rares que l'on voit persister la pigmentation de la peau.

A. Doyon.

Sclérodermie. — William Anderson. Two cases of morphœa with remarquable induration of the subcutaneous fat (*The British Journal of dermatology*, février 1894, p. 44.)

Dans la première observation, il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, qui fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 24 novembre 1892. Cinq mois avant son admission, la malade s'était aperçue de la présence d'une masse dure, de la dimension d'une pièce de dix centimes, siégeant dans la peau de l'abdomen. Cette tumeur n'était point douloureuse, et la peau à son niveau ne présentait pas de coloration spéciale.

A l'entrée de la malade, on constatait une surface épaissie et dure, grande comme la paume de la main, au niveau des régions lombaires et des hypochondres. Les limites de la tumeur étaient irrégulières et nettement arrêtées.

Parfaite mobilité au-dessus des couches aponévrotiques. Pas de ganglions engorgés. L'aspect général de la peau était celui de la morphée, mais l'induration avait un caractère spécial, donnant au toucher la sensation d'une infiltration aussi dense que le squirrhe. La surface cutanée ne présentait d'autre altération qu'une légère dilatation des orifices glandulaires.

La malade était grasse, mais bien portante et ne souffrait d'aucune affection organique.

Le diagnostic présentait quelque difficulté, et, comme la lésion s'accroissait, on prit le parti de l'extirpation. Seize jours après l'opération, la malade, qui jusque-là n'avait pas accusé la moindre indisposition, fut prise brusquement de syncope et mourut. L'autopsie ne donna rien autre qu'une dégénérescence graisseuse du cœur. En examinant les téguments extirpés, on s'aperçut que l'induration si remarquable avait presque complètement disparu et rien ne restait qui pût expliquer la cause de la dureté observée sur la malade. Peut-être la peau était-elle légèrement épaissie et la couche graisseuse sous-cutanée un peu plus dense que de coutume. En tout cas, le microscope ne révéla qu'une faible prolifération cellulaire autour des vaisseaux.

La seconde observation concerne une femme âgée de 71 ans, entrée à Saint-Thomas le 22 juin 1893, et jouissant d'une excellente santé. Quatre mois auparavant, elle avait remarqué un épaississement du sein droit, avec induration dans la profondeur et œdème consécutif du bras.

Lorsque la malade fut examinée à son entrée à l'hôpital, le sein droit était enflé et la peau de cette région et celle du sternum offraient une plaque indurée mesurant six pouces et demi dans le sens transversal et cinq et demi dans le sens vertical. Cette plaque était circonscrite avec netteté, d'une teinte rose pâle et présentait un certain élargissement des orifices pilaires. En palpant le bord de cette plaque, surtout du côté du sternum, on pouvait la saisir entre les doigts, la soulever au-dessus des aponévroses et constater qu'elle avait la dureté du squirrhe et à peu près trois quarts de pouce d'épaisseur. Près du mamelon, la plaque était un peu plus adhérente au tissu profond ; au-dessous de cette altération cutanée, on pouvait sentir une tumeur dure dans la glande mammaire. Les glandes axillaires étaient légèrement engorgées et le bras en entier offrait de l'œdème. Ici encore, le diagnostic était difficile à affirmer ; il ne paraissait pas y avoir de doute sur l'existence d'un squirrhe de la glande mammaire, mais l'état de la peau, quoique ressemblant à la morphée de par son aspect superficiel, était d'une dureté telle et à ce point en rapport avec ce qui paraissait être le carcinome profond, que le diagnostic de sa nature réelle ne pouvait que rester en suspens.

Le 29 juin, la glande mammaire fut amputée, ainsi que la surface entière de peau épaissie et les glandes axillaires. Les glandes étaient très adhérentes aux veines qu'il fut nécessaire de lier ; la guérison se fit complète et la malade reçut son exeat le 19 août.

Les coupes histologiques montrèrent qu'un noyau carcinomateux avait envahi la glande, mais que le néoplasme était séparé de la peau en tous points par une épaisse couche de graisse. Quant à la peau et à la couche graisseuse sous-cutanée, elles ne présentaient absolument rien d'anormal, si ce n'est une légère prolifération embryonnaire périvasculaire.

L'auteur fait suivre ces observations des considérations suivantes : il est curieux d'observer des plaques cutanées et sous-cutanées aussi particulièrement denses et épaisses, au point qu'elles attirent l'attention et appellent un diagnostic, sans que pourtant l'examen histologique puisse en donner la moindre explication.

Dans ces deux cas, les caractères cliniques, surtout ceux obtenus par la palpation, conduisaient forcément à l'idée de carcinome, bien que les caractères superficiels de la peau fussent plutôt ceux de la morphée. Dans le second cas, la présence sous-jacente d'un carcinome ne pouvait que fortifier l'impression que l'on avait d'un cancer de la peau, et pourtant l'histologie est venue nettement démontrer le mal-fondé de ces suppositions. L'auteur émet l'opinion suivante : il semblerait possible que cet état de la peau, ce caractère de densité du tissu conjonctif sous-cutané se produisît au seuil même d'une affection carcinomateuse. Quoi qu'il en soit, à ce degré de l'affection les caractères physiques d'induration disparaissent aussitôt après l'extirpation. LOUIS WICKHAM.

Tatouage. — J. NEUMANN. Das Tätowiren vom medizinischen und anthropologischen Standpuncte (*Wiener. mediz. Wochenschrift*, 1893, p. 1169, 1217, 1255 et 1300.)

Après une étude historique sur le tatouage chez les anciens Égyptiens et les Israélites, chez les Grecs et les Romains et chez les différents peuples, l'auteur s'occupe des recherches histologiques sur les tatouages, ainsi que de leurs applications et des différentes substances qui sont employées pour les pratiquer.

Lombroso et v. Hoffmann ont montré l'importance légale des tatouages. Les criminels fournissent le principal contingent des tatoués. Sur 11,572 individus tatoués, Lombroso a trouve 5,343 criminels, 2,343 aliénés et 3,386 personnes sans aucune tare.

Quant aux prostituées, on peut, d'après Bergh et Tarnowsky, établir un certain rapport d'analogie entre elles et les criminels, eu égard à leur état intellectuel. A Copenhague, sur 800 prostituées, Bergh en trouva 10 p. 100 de tatouées.

En Autriche, au contraire, on n'observe que rarement des tatouages chez les filles publiques ; dans ces dernières années, Neumann n'a trouvé dans sa clinique que 7 prostituées tatouées. Par contre, il y avait plus de 100 individus qui portaient 197 dessins ; la plupart étaient des soldats ou de jeunes ouvriers. Les régions qui étaient le plus souvent le siège de tatouages étaient la face interne de l'avant-bras et du bras, les doigts, les surfaces intercarpiennes, dans plusieurs cas la poitrine, la face externe des bras, les organes génitaux, une fois la région circum-anal.

Le plus souvent ces dessins représentaient : les emblèmes de l'amour,

du travail, de l'état militaire ; des lettres de l'alphabet ; des drapeaux ; des emblèmes de nature religieuse ; des figures humaines ou animales ; des dessins humoristiques et lascifs. Le chapitre des obscénités est inépuisable, on les trouve presque exclusivement chez les hommes.

Les procédés de tatouage sont suffisamment connus, il n'y a donc pas lieu de les mentionner. On sait aussi que par le tatouage on peut transmettre des maladies infectieuses, l'érysipèle, mais surtout la syphilis.

Dans les habitudes de tatouage que l'on observe chez les individus, il faut tenir compte de l'esprit d'imitation, de l'ennui, de la manie des enfantillages et ceci est surtout le fait de personnes d'intelligence bornée, oisives, qui vivent en contact intime les unes avec les autres; il en est ainsi pour les prisonniers. On ne trouve d'ordinaire des tatoués *ceteris paribus* que chez des individus inférieurs au point de vue intellectuel ou moral. Dans l'armée italienne où les tatouages sont fréquents, les soldats tatoués sont, d'après Lombroso, les plus mauvais et ceux dont on ne peut rien faire ; en outre, il faut signaler la présence fréquente de tatouages chez les criminels et les femmes de la plus basse classe. Le sauvage grossier, l'individu peu développé intellectuellement chez les peuples civilisés, le criminel, les prostituées représentent les degrés les plus inférieurs du développement intellectuel. On est donc autorisé à regarder le tatouage comme un signe particulier des races peu développées, et, chez les individus appartenant aux peuples cultivés, comme un symptôme de retour à une sphère inférieure de développement intellectuel, ou tout au moins à le considérer comme un indice de cet état.

En résumé, les tatouages ont une importance spéciale au point de vue social et anthropologique.

On ne peut les employer dans un but médical que pour la cornée et la peinture du rouge des lèvres; jusqu'à présent, il a été impossible de modifier la couleur des nævi de façon à leur rendre la teinte normale de la peau.

Les tatouages peuvent transmettre toute une série de maladies infectieuses, principalement la syphilis.

Les substances insolubles introduites par les tatouages restent adhérentes dans les fibres du derme, ainsi que dans le pannicule adipeux. Quelques particules pénètrent, vraisemblablement par les vaisseaux lymphatiques ouverts, jusque dans les ganglions les plus voisins, où ils restent comme corps étrangers dans la substance corticale.

Les tatouages ne paraissent pas avoir diminué dans ces dernières dizaines d'années. A. Doyon.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Gonocoques. — Touton. Die Gonococcen im Gewebe der Bartholinischen Drüse. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 181.)

L'auteur a eu l'occasion d'examiner un fragment de tissu d'une glande de Bartholin, extirpée par le Dr Elenz à l'occasion d'une blennorrhagie. A

une extrémité de ce fragment, on pouvait constater, au milieu d'une petite portion de l'épithélium enlevée en même temps de l'orifice du vagin, une ouverture d'environ 1 millim. de diamètre. Sur des coupes transversales de ce fragment, dans les couches supérieures, le canal excréteur avait la forme d'un trou irrégulier, en somme arrondi, en grande partie dépouillé de son épithélium et limité par des prolongements de tissu conjonctif très infiltré de petites cellules qui, en quelques points, portaient encore des épithéliums pavimenteux peu adhérents. De l'épithélium pavimenteux stratifié de l'orifice partait une prolifération épithéliale sous forme de prolongements nombreux, très confluents, en partie ramifiés.

Le conduit est doublé d'un épithélium pavimenteux à plusieurs couches, qui fait des saillies tout à fait irrégulières dans la lumière. L'infiltration abondante de cellules rondes se continue encore pendant une certaine distance avec la même intensité dans le tissu conjonctif lâche environnant, de telle sorte qu'il est impossible de constater une limite exacte entre l'épithélium et le tissu conjonctif. Le conduit excréteur est, jusqu'à un point très rapproché de la surface, entouré de coupes longitudinales et transversales de veines remplies de sang. Les cellules de l'infiltrat sont de différente nature, tantôt semblables à des cellules polynucléaires de pus, tantôt ce sont des corpuscules à un seul noyau, d'ordinaire contenant un anneau protoplasmatique assez marqué. Nombreuses *Mastzellen* disséminées dans toute l'étendue des coupes. Dans les parties non infiltrées du tissu conjonctif, il y a une grande quantité de corpuscules de tissu conjonctif.

Plus loin en descendant, il existe au voisinage de la grande coupe transversale du conduit excréteur une deuxième petite coupe plus petite, qui correspond à la première ramification du canal excréteur. On voit sur le bord de la coupe, d'abord en petit nombre, puis plus bas en plus grande quantité, des coupes transversales très confluentes de tubes glandulaires recouverts d'épithélium cylindrique régulier à une seule couche ; ces vésicules sont réunies en acini glandulaires, en groupes plus ou moins volumineux. Quelques-uns de ces acini glandulaires sont aussi traversés par une infiltration de petites cellules, où les lumières des tubes contiennent des corpuscules de pus, l'épithélium étant d'ailleurs tout à fait intact. D'autres acini sont complètement indemnes de toute infiltration et leurs parois, ainsi que leur lumière sont normales. Çà et là cependant l'on voit des corpuscules de pus dans la lumière de tubes glandulaires dont l'entourage et la cloison sont normaux. Souvent on rencontre des coupes obliques et longitudinales de lumière irrégulière, disposées en rayons ; elles sont toujours revêtues d'une abondante infiltration et, relativement à la structure de leurs parois, elles se rattachent aux grands canaux excréteurs. Parfois cependant elles étaient recouvertes d'un épithélium cylindrique à une seule couche. Plus bas encore, l'épithélium glandulaire se rapproche de plus en plus du centre. Les lumières nettement limitées des conduits excréteurs principaux ne se perdent que tout à fait en bas et font place à de grandes cavités, très irrégulières, recouvertes encore d'un reste d'épithélium pavimenteux, ou qui l'ont perdu. Autour de ce système central de cavités, sans intermédiaire, on aperçoit la masse glandulaire qui, dans la partie inférieure, ne présente plus ou très peu de phénomènes inflammatoires.

Si l'on compare cette description avec celle des histologistes, ce qui frappe avant tout c'est que, dans le cas actuel, l'épithélium pavimenteux stratifié s'étend à travers tout le canal excréteur, qui pénètre presque jusqu'à l'extrémité inférieure de la glande, et dans toutes les ramifications de ce canal. Selon Klein, ce n'est que l'orifice du conduit excréteur qui porterait de l'épithélium pavimenteux; tout le reste serait revêtu d'épithélium cylindrique. Si cette manière de voir est exacte, il faudrait admettre que, dans le cas actuel, à la suite de l'invasion des gonocoques, il est survenu une métaplasie étendue de l'épithélium.

Quant aux gonocoques, on constate que leur invasion diminue de haut en bas; ce sont seulement les parties revêtues d'épithélium pavimenteux, par conséquent les conduits excréteurs, qui renferment des gonocoques, la substance glandulaire revêtue d'épithélium cylindrique était restée au contraire entièrement indemne. Dans le tissu conjonctif, malgré l'intensité du processus inflammatoire et malgré l'absence d'épithélium, on n'a jamais trouvé de gonocoques, pas plus que dans les couches profondes de l'épithélium. Dans les amas de pus qui adhèrent en petit nombre à la surface de l'épithélium, ils se trouvaient soit dans les corpuscules de pus, soit en liberté. Cependant ils prolifèrent principalement sur et entre les épithéliums superficiels, dans les fentes et les lacunes du tissu lymphatique, groupés comme l'auteur l'a indiqué dans son mémoire sur la folliculite blennorrhagique, c'est-à-dire en traînées étroites, en gazon aplati considérable ou en petits amas suivant la forme des espaces qui les abritent. Très rarement on les rencontrait dans les corpuscules de pus qui se trouvent superficiellement entre les épithéliums.

Dans les cas de Jadassohn et de Fabry, il s'agissait d'un conduit qui portait un épithélium pavimenteux stratifié dans sa partie simplement excrétoire et un épithélium simplement cylindrique dans la partie profonde ramifiée. Dans ces cas aussi, les gonocoques manquaient complètement dans l'épithélium cylindrique, tandis qu'ils étaient très nombreux dans l'épithélium pavimenteux. Il est certain que le processus blennorrhagique inflammatoire commence dans cet organe à l'orifice et s'étend en bas. Cependant, l'auteur repousse l'opinion que dans ces cas le processus n'aurait pas existé assez longtemps pour pénétrer jusque dans les couches profondes qui portent de l'épithélium cylindrique; il motive sa manière de voir sur la rapidité avec laquelle le processus progresse en arrière dans l'urèthre. Il croit plutôt que l'épithélium cylindrique à une seule couche, avec ses éléments en forme de palissades solidement limités sans fentes lymphatiques intermédiaires visibles, offre de grandes difficultés à l'invasion des gonocoques.

En réunissant les données sur la structure normale de la glande de Bartholin et en tenant compte, en outre, de l'irritation inflammatoire qui agit d'une manière métaplasique sur les parties environnantes, Touton croit très vraisemblable que, à la suite de l'invasion des gonocoques qui se fait plus haut, les parties épithéliales voisines, placées plus profondément subissent successivement la transformation de leur épithélium cylindrique à une seule couche en épithélium pavimenteux, avant l'invasion des gonocoques en ce point. A. Doyon.

Blennorrhagie. — ADOLPH A. HIMOWICH. Gonorrhœa in children. (*Medical Record,* 25 novembre 1893, p. 685.)

L'auteur croit que la contagion blennorrhagique directe par manœuvres illicites est relativement fréquente chez les enfants : ils sont beaucoup plus souvent victimes qu'on ne le pense de contacts avec des individus infectés. Il le prouve par plusieurs exemples observés dans sa clientèle.

L. B.

Blennorrhagie ; traitement. — COLOMBINI. L'ictiolo nella cura della blennorragia (*Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, 1893, fasc. 5, 6, 7.)

L'auteur a constaté que l'ichtyol, à la dose de 3 p. 100 agissant pendant cinq minutes sur le gonocoque, empêchait celui-ci de se reproduire dans les cultures par la méthode de Wertheim, et que, à la dose de 2 p. 100, il retardait beaucoup son développement. A la dose de 4 p. 100, il arrête le développement du staphylocoque doré et blanc et, à la dose de 3 p. 100, il le retarde.

Les doses de 1 à 2 p. 100 sont très bien supportées dans la blennorrhagie aiguë et les doses de 8 à 9 p. 100 ne causent d'autre désagrément qu'une très légère brûlure au moment de l'injection. Colombini a employé ce traitement chez 90 hommes et 30 femmes.

Dans la blennorrhagie suraiguë de l'homme, des injections à 1 p. 100 calment la douleur et diminuent le nombre des érections en deux à cinq jours, l'écoulement diminue et devient séro-purulent, puis séreux ; en portant ensuite la dose à 2, 3 ou 4 p. 100, l'écoulement s'arrête au bout de dix à trente jours.

A la période aiguë, les injections à 2 p. 100 transforment l'écoulement purulent en un liquide séro-purulent puis séreux peu abondant, contenant un très grand nombre de cellules épithéliales. L'auteur pense que cette desquamation épithéliale, produite par l'ichtyol, est un phénomène très important qui sert à l'élimination des gonocoques.

Dans l'uréthrite subaiguë, des injections à 3 ou 4 p. 100, puis à 7 ou 8 p. 100 font disparaître toute trace d'écoulement en quinze jours à un mois ; chez deux malades sur treize, il a été nécessaire de recourir à des injections de tannin et d'alun pour venir à bout de la maladie.

Dans l'uréthrite chronique, Colombini a fait au niveau des points malades des instillations de solution d'ichtyol à 8, 10, 15 p. 100 additionnée de 10 p. 100 de glycérine et a obtenu assez rapidement la guérison complète.

Les suppositoires à l'ichtyol ont donné de bons résultats dans la prostatite blennorrhagique, de même que les applications de pommade à 40 p. 100 dans le rhumatisme blennorrhagique.

Ces résultats montrent que l'ichtyol a une action antiblennorrhagique incontestable ; cette substance a l'avantage d'être très bien tolérée par la muqueuse uréthrale.

Chez la femme, la vulvite guérit très rapidement par l'application de

tampons imbibés d'une solution d'ichtyol à 5 ou 10 p. 100 ; la vaginite s'améliore très promptement par l'emploi de ces tampons, ou de badigeonnages avec la même solution, ou de pommade à 10 ou 15 p. 100 ; l'uréthrite, par les injections de solution glycérinée à 5, 8 ou 10 p. 100 ; la métrite cervicale, par l'emploi de tampons imbibés de solution glycérinée à 10 p. 100.

Pour Colombini, si l'ichtyol n'est pas, comme l'a dit Jadassohn, l'idéal du traitement de la gonorrhée, il n'en est pas moins un médicament très précieux. GEORGES THIBIERGE.

Chancre mou. — W. DUBREUILH ET LASNET. Étude bactériologique sur le chancre mou et sur le bubon chancreux. (*Archives cliniques de Bordeaux*, octobre et novembre 1893.)

Les recherches de Dubreuilh et Lasnet sur le microbe du chancre mou confirment et complètent les travaux de Ducrey, Unna, Nicolle, etc. Les auteurs concluent à l'identité du bacille de Ducrey et du bacille de Unna et attribuent les différences constatées par ces deux observateurs à ce que Unna a recherché ce micro-organisme dans les tissus du chancre, tandis que Ducrey l'avait étudié dans le pus, et à ce qu'ils ont employé des méthodes de préparation différentes.

Dubreuilh et Lasnet décrivent le strepto-bacille du chancre mou comme un bâtonnet de 1,5 à 2 μ de long, d'une largeur égale au quart de sa longueur, à extrémités arrondies lorsqu'il est isolé comme dans le pus, carrées lorsqu'il fait partie d'une série en chapelet ; il est parfois plus coloré ou plus gros à ses extrémités, cet aspect étant dû soit à un étranglement de sa partie moyenne, soit plus souvent à la présence d'un espace clair qui lui donne une forme en navette analogue à celle du bacille typhique ; cet étranglement est quelquefois assez accusé pour lui donner l'aspect d'un diplocoque à grains un peu allongés ; certains grains sont presque ronds, ce qui, pour Dubreuilh et Lasnet, représente probablement un stade de multiplication du bacille.

Les auteurs ont constaté que le pus du chancre mou chauffé à 40° et 42° pendant cinq minutes perd ses propriétés virulentes.

Ils ont repris l'étude des inoculations en série en employant des précautions rigoureuses d'asepsie (lavage des points à inoculer, successivement au savon, au sublimé et à l'alcool, application d'une légère couche annulaire de collodion pour empêcher l'exulcération par les bords du verre de montre, qui est maintenu par une bordure de coton collodioné et un léger pansement ouaté, introduction sous le verre de montre d'une rondelle de feutre qui empêche la peau de bomber sous le verre et de s'appliquer à lui sur toute la surface, stérilisation à l'autoclave de toutes les pièces de cet appareil) et ils ont constaté que les pustules caractéristiques se produisaient encore à la cinquième et à la septième génération : à partir de la deuxième génération, les microbes étrangers deviennent rares et ils ont souvent disparu à la troisième ; mais l'infection se produit facilement et les plus grandes précautions sont nécessaires pour conserver le bacille dans toute sa pureté.

Les recherches poursuivies sur 136 bubons chancreux ont donné les résultats suivants :

27 se sont résorbés sans s'ouvrir, sous l'influence du repos et d'un pansement humide ;

43 ont dû être ouverts, mais ne sont pas devenus chancreux (pour la plupart, la non-virulence a été vérifiée par des inoculations répétées et toujours infructueuses) ;

51 sont devenus virulents consécutivement, alors qu'ils ne l'étaient pas au moment de l'ouverture ;

12 bubons ouverts spontanément avant l'entrée des malades à l'hôpital sont tous devenus chancreux ; ils doivent être mis à part parce qu'on ne sait pas ce qu'ils seraient devenus sous un pansement aseptique ;

3 seulement étaient virulents d'emblée et dès le premier jour ont fourni une pustule d'inoculation caractéristique.

Ces expériences confirment les recherches antérieures de M. Straus.

L'examen microscopique du pus de ces bubons et les résultats de son inoculation ont été absolument concordants ; on peut donc conclure que, lorsque le bacille de Ducrey apparaît dans le pus d'un bubon, celui-ci est virulent et inoculable ; dès que le bacille ne se retrouve plus dans le pus, la virulence cesse. En outre, le strepto-bacille est le seul microbe que l'on puisse découvrir dans le pus du bubon, de même que dans la pustule qui résulte de son inoculation.

Le bubon virulent d'emblée s'explique très bien par le transport du strepto-bacille par les voies lymphatiques. Pour le bubon non virulent, la présence inconstante, voire exceptionnelle, de quelques très rares staphylocoques n'explique pas la suppuration : on pourrait l'expliquer, avec Ducrey, par l'absorption de toxiques pyogéniques au niveau du chancre ; Dubreuilh et Lasnet ont injecté sans succès au lapin le produit de filtration du pus du chancre mou, mais, comme ils le font observer avec raison, il se pourrait qu'une toxine fabriquée par un microbe spécial à l'homme ne fût pyogène que chez l'homme.

Ils font remarquer que, si l'on admet cette hypothèse, l'apparition tardive des strepto-bacilles dans les bubons primitivement virulents pourrait s'expliquer par ce fait que la circulation lymphatique, suspendue dans un ganglion enflammé, redevient possible après l'ouverture de l'adénite et permet aux strepto-bacilles eux-mêmes d'arriver au ganglion ; mais ils reconnaissent que cette hypothèse, qui cadre bien avec l'apparition de la virulence à une époque toujours la même quelle que soit l'époque de l'ouverture du bubon, explique difficilement les cas de bubons secondairement virulents, alors que les chancres sont guéris plusieurs jours avant l'ouverture de la collection purulente. GEORGES THIBIERGE.

Chancre simple et bubon. — P. COLOMBINI. Sul rapporto dell'ulcera molle e del bubone venereo con le stagioni. (*Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, février 1894, p. 24.)

Colombini confirme par ses recherches statistiques portant sur 260 cas de bubons vénériens et 442 cas de chancres simples observés en dix ans

à la clinique dermo-syphilopathique de Sienne (professeur Barduzzi) les résultats auxquels Tommasoli était arrivé sur les variations saisonnières dans la fréquence comparée des bubons et des chancres. Les bubons et les chancres sont plus fréquents dans la saison froide que dans la saison chaude : en comparant le nombre des cas observés pendant les mois d'avril, mai et juin avec celui des cas observés pendant les mois de septembre, octobre et novembre, il a trouvé 37 bubons dans le premier groupe contre 75 dans le second, soit un rapport de 4, 9 contre 10, et 69 chancres mous contre 121, soit une proportion de 5,7 contre 10.

Ce fait trouve une explication naturelle dans cette particuliarité que la chaleur compromet la vitalité du strepto-bacille du chancre simple, qui ne résiste pas à une température de 38° à 40°, ainsi que l'ont établi les recherches d'Aubert, d'Arnozan, etc. GEORGES THIBIERGE.

Balano-posthite ulcéreuse. — A. MARIANELLI. Raffronto istologico fra la balano-postite ulcerativa e le ulceri veneree della mucosa balano-prepuziale. (*Commentario clinico della malattie cutanee e genito urinarie,* février 1894, p. 11.)

Les lésions histologiques, dans le chancre simple comme dans la balano-posthite ulcéreuse, consistent en un processus inflammatoire suivi de nécrose de l'épithélium et des parties plus ou moins profondes du chorion ; mais dans le chancre simple, le processus est plus circonscrit et présente une marche moins tumultueuse en même temps qu'une tendance à s'étendre lentement et à devenir plus profond ; ainsi se trouve justifiée la séparation que les phénomènes cliniques permettent déjà d'établir entre ces deux processus. A noter dans la balano-posthite la présence de figures psorospermoïdes dans les cellules épithéliales. GEORGES THIBIERGE.

Ruptures du pénis. — Dr GABCHEWITCH. Fracture ou rupture de la verge. (*Gazeta lekarska,* 4 novembre 1893.)

Un homme bien portant a pendant l'émission de l'urine fortement incliné en bas le pénis. Il a ressenti une vive douleur, avec sensation de rupture dans l'organe, ce qui l'a empêché de terminer la miction. Quelques heures plus tard, l'urine passait avec difficulté, et la verge enflait. A l'examen du malade, l'auteur a trouvé la verge très tuméfiée et incurvée en bas immédiatement au-dessus du gland, qu'on ne pouvait pas découvrir. En certains points, la peau de la verge était violacée et même noire, par suite d'hémorrhagie par rupture des corps caverneux. L'urèthre était intact et il n'y avait pas d'hématurie. Quelques incisions longitudinales de la peau ont fait diminuer le gonflement dès le lendemain. En quinze jours, les parties mortifiées se sont éliminées. Pour remédier à la perte de substance de la peau du pénis, l'auteur a fait une autoplastie avec la peau des bourses. Six semaines après l'accident, le malade était complètement guéri ; la miction et l'érection sont devenues normales. S. BROIDO.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Contagion. — William Judkins. Odd methods of syphilitic inoculation (*Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, décembre 1893, p. 480.)

L'auteur rapporte deux cas de contamination syphilitique probable par les coiffeurs : dans l'un d'eux, le chancre était au cuir chevelu vers l'occiput ; dans l'autre il était au sourcil. L. B.

Chancre de l'urèthre. — M. Borowski. Chancre larvé de l'urèthre (*Wratsch* 18 novembre 1893, p. 1273).

M. Borowski, parmi plusieurs cas de chancre à siège rare, cite un cas intéressant de chancre uréthral. Le malade se présentait à la consultation comme atteint de blennorrhagie depuis deux mois et était traité pour cette maladie par plusieurs médecins. Au moment de l'examen, on ne pouvait faire sourdre par pression que quelques gouttes d'un liquide blanchâtre.

Le méat urinaire était normal, à lèvres légèrement rougeâtres. Derrière la fosse naviculaire, on constatait à la palpation une induration fusiforme, absolument indolore, d'un centimètre et demi de longueur, embrassant toute la circonférence du canal uréthral et se perdant dans les tissus sains vers la racine de la verge. Tout le corps du malade était couvert d'une roséole confluente ; les ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux étaient fortement engorgés.

Voilà donc un syphilitique en pleine période condylomateuse qui est pris pour un malade atteint d'une goutte militaire. Il est beaucoup plus dangereux qu'un syphilitique avéré, car il pouvait disséminer la contagion sans s'en douter. S. Broïdo.

Œdème dur syphilitique. — M. Borowski. Œdème induré syphilitique du scrotum, du prépuce et de la verge (*Vratsch* 51, 23 décembre 1893, p. 1407.)

Le malade est atteint de syphilis depuis quatre mois. La roséole syphilitique a disparu sous l'influence de frictions mercurielles, mais à la place de l'ulcération chancreuse est restée une induration.

L'œdème du scrotum et de la verge s'est développé progressivement et existe depuis deux mois.

A l'examen du malade : le scrotum, le prépuce, la verge ont triplé de volume. Les téguments sont d'un rouge cuivré, notablement indurés et complètement indolores. Pas de dépression en godet ni de plis à la pression des parties tuméfiées. Au niveau du frein du gland, on trouve une induration circonscrite plus prononcée ; c'est là que siégeait le chancre. L'œdème est surtout prononcé au prépuce et diminue vers la racine de la verge. Les bourses ont un volume de deux poings, à surface inégale, comme chagrinées.

Au cou, plusieurs taches de leucodermie syphilitique. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont engorgés et durs. Pas d'autres traces de syphilis sur la peau du tronc, des membres et la muqueuse buccale.

Au premier aspect, le tableau rappelle l'éléphantiasis.

Le traitement ioduré et par l'emplâtre de Vigo n'a fourni aucun résultat, mais les injections de sublimé (2 centigr. environ) ont donné des suites excellentes et les organes atteints ont repris leur aspect normal après trente injections. S. Broïdo.

Syphilis. — J. H. Bryan. On some manifestations of syphilis of the upper-air passages. (*New-York medical Journal*, 16 décembre 1893.)

L'auteur publie trois cas assez intéressants : l'un, de rétrécissement syphilitique du larynx chez une dame, à la suite de lésions ulcéreuses profondes de cet organe ; le second, de gomme suppurée de l'amygdale chez un homme de 45 ans ; le troisième, de syphilis héréditaire du pharynx et du larynx chez une petite fille de 12 ans qui, dès l'âge de 9 ans, avait présenté des signes indéniables de syphilis héréditaire tardive, tels que la kératite interstitielle, la surdité, puis des ulcérations spécifiques des fosses nasales, de l'épiglotte, des cartilages aryténoïdes et des replis aryépiglottiques. L. B.

Syphilis des voies digestives. — MM. Zavadzki et Luxembourg. Ulcère rond de l'estomac d'origine syphilitique. (*Gazeta lekarska*, 25 novembre 1893.)

Le malade, étudiant en médecine, 27 ans, avait depuis huit mois des vomissements acides avec sensation de brûlure à l'épigastre, surtout sous l'appendice xiphoïde. Dans les deux derniers mois il avait des hématémèses fréquentes et du mélæna. Il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre dans les vomissements. Pas d'antécédents syphilitiques connus. La mort survint huit mois après le début apparent des accidents, par dénutrition et marasme.

Le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac fait pendant la vie fut confirmé par l'autopsie, qui a démontré une ulcération de 2 centim. de long sur 1 centim. de large, siégeant sur la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure. Les parois à ce niveau étaient quatre ou cinq fois plus épaisses qu'à l'état normal. Au microscope, épaississement de toutes les tuniques de l'estomac, surtout de la musculeuse ; infiltration de petites cellules autour des vaisseaux sanguins, surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; épaississement des parois des vaisseaux jusqu'à oblitération complète de leur lumière. Dans les vaisseaux mésentériques, on a trouvé les mêmes lésions. Les auteurs admettent que ces lésions étaient d'origine syphilitique, car aucune autre cause ne peut être invoquée. S. Broïdo.

Syphilis pulmonaire. — A. Seibert. Syphilis pulmonaire. Bronchosténose chez les enfants.

Depuis trois ans, j'ai eu l'occasion de traiter quatre enfants présentant des affections particulières et à ce point identiques qu'il y a intérêt, je crois, à

condenser leur histoire en une seule description. Ces enfants avaient de 1 an et demi à 3 ans et demi ; chez tous, l'affection était chronique et durait depuis trois, quatre, cinq et huit mois avant mon intervention. Les premiers signes furent la toux, l'enrouement, l'aphonie, puis une respiration courte, dyspnée par moments, enfin toux croupale, associée à des attaques plus ou moins sévères de dyspnée, pendant une partie de la nuit; soulagement après une abondante expectoration de mucus. Ainsi, peu à peu se développa une affection tenant de l'empyème, de l'asthme, de la sténose laryngée aiguë.

Signes physiques : ampliation thoracique respiratoire très accentuée, rétraction profonde des espaces sus et sous-claviculaires ; diminution des vibrations thoraciques en arrière et à droite. *A la percussion :* rien d'anormal à gauche ; mais en arrière du poumon droit, au niveau du lobe moyen, une ou deux zones de matité; absence de matité aux sommets et aux bases. *A l'auscultation* : murmure vésiculaire normal, respiration bronchique assez forte dans tout le poumon gauche ; à droite, au contraire, le murmure vésiculaire est complètement aboli et à sa place on entend une respiration bronchique rude à l'expiration et à l'inspiration, révélant un état de sténose. Signes particulièrement marqués en avant et en arrière de la moitié supérieure du côté droit, et accompagnés de râles humides au niveau des espaces de submatité.

Inflammation granuleuse de la muqueuse de l'extrémité inférieure du pharynx, sécrétion jaunâtre et purulente dans le larynx et la trachée; enfin, papules ulcérées et infiltrations gommeuses de la langue et du pharynx. Sécrétion purulente nasale.

Au cou et aux aines, adénopathie multiple.

Pas de cicatrices. Bon état général, température normale, pouls très rapide, respiration irrégulière et lente, cornage plus ou moins accentué par moments.

Devant ces faits, le diagnostic ne laissait pas que d'être fort complexe. Après avoir pensé suivant les cas, soit à de la sténose laryngée, soit à la présence d'un corps étranger, soit à quelque tumeur du médiastin, etc., je fus obligé, de par l'évolution ultérieure, de modifier mes diagnostics et de soupçonner la tuberculose ou la syphilis; mais l'excellent état général, l'absence complète de fièvre n'allaient guère avec l'idée de tuberculose, d'autant plus que les localisations habituelles de la tuberculose manquaient ; d'autre part, les ulcérations buccales plaidaient en faveur de la syphilis. Ce fut à ce diagnostic que je m'arrêtai définitivement, et le traitement spécifique amena un résultat surprenant : en peu de temps tous les signes morbides disparurent.

Ce diagnostic de broncho-sténose syphilitique, posé après élimination des autres causes possibles, et d'après l'action curative de l'iodure de potassium, me paraît devoir être complètement accepté, bien que la guérison des malades ait empêché la confirmation du diagnostic par l'anatomie pathologique et, *ajoute l'auteur,* par la culture du bacille de Lustgarten.

Louis Wickham.

Syphilis et tuberculose. — P. Guidone. La simbiosi del processo sifilitico e tubercolare. (*La Riforma medica*, 6 octobre 1893, p. 50.)

L'auteur rapporte huit observations de coïncidence de lésions tuberculeuses et syphilitiques chez un même sujet et tire de ces observations les conclusions suivantes :

La symbiose syphilitico-tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne croit. Bien souvent, les deux processus évoluent parallèlement chez le même sujet. L'infection syphilitique constitue, pour le bacille tuberculeux, un terrain propice à son développement. La syphilis prédispose surtout à la tuberculose pulmonaire. L'infiltration tuberculeuse des poumons, consécutive à la syphilis, a une marche extrêmement rapide. Il semble que la syphilis, après l'apparition de la tuberculose à laquelle elle prépare le terrain, perde de sa véhémence ou au moins devienne latente.

Georges Thibierge.

Syphilis et tuberculose. — Fabry. Ueber einen Mischfall von Lues und Tuberculose in seltener Localisation (Gemischt tuberculöses und luetisches Geschwür des Präputiums). (*Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1893, p. 925.)

Le diagnostic de certains processus ulcéreux de la peau présente souvent de grandes difficultés, en raison de la coexistence de processus essentiellement différents au point de vue étiologique. L'auteur a observé un cas qui, comme forme mixte de syphilis et de tuberculose, présente un grand intérêt par sa rareté et par la localisation sur le prépuce.

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui vint consulter l'auteur pour un écoulement blennorrhagique ; ce malade avoua en même temps être syphilitique et souffrir de tuberculose. En dehors de nombreuses cicatrices disséminées sur tout le corps et consécutives, au dire du malade, à des ulcères syphilitiques, on ne constatait rien d'anormal. Environ six à sept semaines plus tard, ce malade revint avec un phimosis du prépuce. L'auteur supposant la présence d'un ulcère sous le prépuce, incisa ce dernier sur sa face dorsale. On trouva, en effet, à la face interne du sac préputial de larges ulcères qui, par leur aspect et en raison des antécédents du malade, permettaient d'établir le diagnostic de gomme syphilitique du prépuce. On prescrivit de l'iodure de potassium à l'intérieur et un traitement local désinfectant. Comme malgré cette médication, appliquée avec le plus grand soin pendant plusieurs mois, les ulcères ne se cicatrisèrent pas, envahirent, au contraire, les bords du prépuce et prirent en profondeur et sur les bords un caractère très net de dureté, on pensa naturellement qu'il s'agissait d'une transformation carcinomateuse de l'ulcère gommeux primitif. Toutefois, des applications de sublimé amenèrent en quelques semaines la cicatrisation superficielle de l'ulcère, mais la dureté et l'infiltration profonde persistèrent. L'auteur se décida alors à prescrire de nouveau l'iodure de potassium. Mais au bout de quelques jours, tout le revêtement de l'incision préputiale fut envahi par un ulcère à fissures profondes, à végétations irrégulières et à granulations de mauvaise nature ; les bords sont en

partie cicatrisés; l'ulcère est le siège d'une infiltration dure. Le processus ulcéreux a complètement détruit le frein; dans le sillon rétro-glandulaire, ulcération aplatie, sans connexion avec les larges ulcères du prépuce. Le gland et le pénis sont intacts ; à l'endoscope, la muqueuse uréthrale ne présente rien d'anormal. Les ganglions de la région inguinale et ceux de la racine du pénis ne sont pas engorgés.

L'examen microscopique fait par le professeur Ribbert, de Zürich, d'un petit fragment de peau montra qu'il s'agissait d'une infiltration diffuse étendue à petites cellules et de tubercules contenant des cellules géantes incontestables, nombreuses et volumineuses. Pas de bacilles tuberculeux. On avait donc affaire dans ce cas à une localisation assez rare de la tuberculose. L'observation ultérieure démontra d'une manière certaine que ce n'était pas là une tuberculose pure, mais, en raison de l'infiltration très étendue de petites cellules, une forme mixte de syphilis et de tuberculose.

Le malade fut alors soumis à une cure de frictions hydrargyriques (24 frictions à la dose de 4 gr. chaque jour). A la suite de ce traitement la guérison était complète ; il en fut de même des indurations profondes, qu'on ne sentait presque plus. L'auteur eut l'occasion de revoir ce malade six mois plus tard : la guérison de l'ulcère s'était maintenue et il ne restait plus aucune induration dans les cicatrices du prépuce. Selon Fabry, la guérison sous l'influence des frictions mercurielles s'expliquerait par les modifications pathologiques qui s'établissent aux dépens de la syphilis constitutionnelle simultanément avec la tuberculose et dans la même région. Les données fournies par le microscope confirmeraient cette manière de voir en ce que l'infiltration de petites cellules autour des vaisseaux de la peau était très considérable. Il lui paraît impossible d'expliquer autrement cette guérison. A. Doyon.

Testicules syphilitiques. — R. W. Taylor. Affections of the testicules and their appendages in hereditary syphilis. (*The New-York medical Journal*, 18 novembre 1893.)

L'auteur a choisi parmi ses observations personnelles six cas typiques de lésions syphilitiques des testicules chez des enfants âgés de 3 mois, 13 mois, 16 mois, 2 ans et demi et 15 ans, chez lesquels la syphilis héréditaire était indéniable. Il s'appuie sur ces documents pour refaire l'histoire de cette localisation de la diathèse. La lésion la plus fréquente est l'orchite ; l'épididymite s'observe aussi parfois, mais presque toujours c'est une complication de l'orchite ; le canal déférent n'est que très rarement atteint, et s'il l'est, c'est qu'il y a eu toujours comme première manifestation une orchi-épididymite. Ce travail est un bon article de pathologie, mais il ne présente rien d'assez original pour être reproduit.

L. B.

Syphilis du système nerveux. — P. Blocq. Hémiplégie organique chez un enfant hérédo-syphilitique à la suite d'une chute. (*Revue neurologique*, 30 janvier 1894, p. 39.)

Enfant de 6 ans, né d'un père ayant eu la syphilis il y a dix ans ; l'enfant,

né deux mois avant terme, est chétif et strumeux. A la suite d'une chute sans lésion osseuse, hémiplégie totale du côté droit, peu marquée à la face, développée aussitôt après le traumatisme. En raison des antécédents paternels, on prescrit le traitement spécifique (frictions, iodure) et une amélioration manifeste se produit dès les premiers jours; au bout de quatre jours, il n'y a plus de trace de paralysie faciale, la motilité des membres supérieurs, qui était complètement abolie, revient, et au bout de quatre mois on ne trouve plus aucune trace de l'hémiplégie.

M. Blocq explique cette hémiplégie, manifestement organique, par une rupture vasculaire produite sous l'influence de la chute sur des vaisseaux rendus anormalement fragiles par l'hérédo-syphilis ; les résultats du traitement spécifique viennent à l'appui de cette interprétation.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis et paralysie générale. — FREDERICK PETERSON. The relation of syphilis to general paresis. (*Medical Record*, 9 décembre 1893, p. 741.)

Sur 287 cas de paralysie générale que l'auteur a pu observer à Hudson River State hospital, 55 étaient manifestement syphilitiques. Chez les 232 autres, cet antécédent manquait ou était discutable : donc 19 p. 100 étaient incontestablement des syphilitiques en activité ; mais on pouvait admettre que la moitié des autres avaient été infectés, ce qui donne la proportion énorme d'environ 60 p. 100.

Les cas observés à la clinique Vanderbilt se décomposent ainsi qu'il suit : sur 40 malades atteints de paralysie générale, 10 étaient manifestement syphilitiques, 12 ne l'étaient sûrement pas, 18 étaient douteux : donc sur 22 cas chez lesquels on a pu arriver à la certitude, on trouve une proportion de 45,4 p. 100 de syphilitiques. En relevant toutes les statistiques connues, on arrive à ce résultat que 60 ou 70 p. 100 des paralytiques généraux ont eu la syphilis ; 30 ou 40 p. 100 ne l'ont pas eue : la syphilis est donc un facteur étiologique très important, mais non absolu, dans la paralysie générale.

L'auteur fait remarquer que la syphilis ne semble pas agir directement et à elle seule pour produire la paralysie générale, puisque les Égyptiens qui sont, comme on le sait, très sujets à avoir la syphilis, ne connaissent pour ainsi dire pas la paralysie générale : probablement parce qu'ils ne sont pas alcooliques.

Il semble d'autre part que les lésions anatomiques ordinaires de la syphilis cérébrale et celles de la paralysie générale soient parfaitement distinctes : on peut même les voir évoluer simultanément chez le même sujet.

Il n'est pas logique de dire que puisque le tabes est un produit de la syphilis, la paralysie générale doit également en être une conséquence directe, pour ce motif que ces deux affections sont souvent associées, car d'abord il est en réalité fort rare de voir la paralysie générale associée au vrai tabes, et d'autre part les statistiques montrent que chez les tabétiques la fréquence de la syphilis est beaucoup plus grande que chez les paralytiques généraux.

En somme, l'auteur croit que la vraie paralysie générale n'a que des relations assez éloignées avec la syphilis, qui ne joue à son égard que le rôle de cause prédisposante, en affaiblissant l'organisme et en le préparant ainsi à subir les influences néfastes de l'alcoolisme, des excès vénériens, de l'hérédité, du surmenage, etc... L. B.

Névralgies syphilitiques. *Leçons cliniques.* — Obolensky. Syphilitische Neuralgien. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1894, p. 153.)

1re *Leçon.*

Il s'agit d'un malade de 36 ans, qui vint à la clinique le 4 février 1891 pour des douleurs localisées dans la région antérieure des troisième et quatrième espaces intercostaux du côté gauche, en partie aussi du côté droit. Ces douleurs augmentent vers le soir, la nuit elles sont très vives; le matin, au contraire, elles diminuent.

Le malade s'est aperçu pour la première fois en mars 1886 de ces douleurs, qui présentèrent dès le début les caractères et la localisation qu'elles ont actuellement. Elles ne troublaient pas le sommeil et n'empêchaient pas le malade de se livrer à ses occupations. Cet état dura deux ans et demi.

Toutefois, la santé générale s'altéra, les forces diminuèrent; cependant le malade continua son travail. A partir de l'automne de 1889, les douleurs augmentèrent notablement et s'étendirent; elles se firent sentir plus vivement vers le soir, non seulement en avant dans la sphère des troisième et quatrième espaces intercostaux, mais encore sur toute l'étendue de ces mêmes espaces, dans la direction de la colonne vertébrale.

Les accès commençaient à 7 heures, duraient toute la nuit et empêchaient le sommeil ; le malade se promenait, s'asseyait, se couchait de nouveau, sans qu'aucune position pût atténuer ses souffrances. Une pression très forte sur les points douloureux calmait les douleurs pour un laps de temps très court. D'une part l'intensité des douleurs, d'autre part les insomnies qui persistaient depuis deux ans et demi altérèrent les forces et la santé du malade au point qu'il fut obligé d'abandonner ses occupations et, après plusieurs séjours à Kasan et à Moscou, dans différents hôpitaux et cliniques, son état ne s'améliorant pas, il entra dans la clinique du professeur Obolensky, à Charkow.

Ce malade est marié et père de deux enfants ; femme et enfants bien portants. Il y a vingt ans, chancre induré; roséole syphilitique qui disparut après une cure de frictions. En dehors de la syphilis, pas d'autres maladies.

L'examen du malade fournit très peu de données précises qui puissent permettre un diagnostic positif. Toutes les espèces de sensibilité de la peau sont normales. Il paraît probable qu'il s'agit ici d'une névralgie intercostale plus accusée à droite qu'à gauche. Il reste à déterminer quelle est la cause qui a provoqué la maladie ou qui l'entretient. L'examen du malade ne révèle rien qui puisse indiquer des modifications anatomiques dans les troncs nerveux, avec le caractère, par exemple, d'une névrite. Car s'il en était ainsi, on devrait trouver chez ce malade les symptômes suivants : 1° phénomènes de réaction de dégénérescence ; 2° troubles trophi-

ques dans les muscles innervés par les nerfs malades ; 3° trouble de la sensibilité de la peau ; or il n'en est rien. Il ne saurait donc être question ici que d'un trouble fonctionnel, d'une névralgie dite fonctionnelle.

A propos de l'étiologie de la névralgie de ce malade, l'auteur passe rapidement en revue toutes les causes si différentes des névralgies, et arrive par élimination à admettre une influence syphilitique ; mais malheureusement on ne possède que très peu de données à cet égard. On sait seulement que ces névralgies sont fréquentes, mais on ne trouve dans les auteurs aucune description des caractères distinctifs des névralgies syphilitiques, rien concernant les névralgies intercostales de nature syphilitique. Lancereaux seul, après avoir indiqué qu'il n'y a pas de caractères différentiels particuliers permettant de les distinguer des névralgies non syphilitiques, ajoute que, pour poser le diagnostic, il faut s'appuyer sur l'anamnèse des malades et tenir compte de l'intensité plus grande des douleurs pendant la nuit.

Mais si l'on examine ce malade avec attention, ainsi que les particularités de sa névralgie, on est autorisé à penser qu'elle est de nature syphilitique, pour les motifs suivants : ce malade a eu la syphilis, il en a conservé des traces sous forme de ganglions cervicaux et inguinaux hypertrophiés et durs et, ce qui est plus important, ses douleurs augmentent pendant la nuit sous forme d'accès, elles paraissent être de même nature que les douleurs ostéocopes ; la névralgie existe ici des deux côtés, tandis que les névralgies non syphilitiques sont unilatérales ; absence de réaction de dégénérescence malgré la persistance de l'affection pendant plusieurs années et enfin apparition, sans raison plausible, de la névralgie.

On prescrivit en conséquence des injections de calomel, on en fit deux de 12 centigr. chacune dans l'espace de dix-huit jours, les douleurs disparurent complètement et l'état général redevint satisfaisant. Comme ce malade fut obligé de quitter l'hôpital, on lui conseilla de continuer le même genre de médication. A. Doyon.

Mercure. — K. Ullmann. Ueber die Localisation des Quecksilbermetalles im thierischen Organismus nach verschiedenartiger Application von Quecksilberpräparaten. (*Ergänzungshefte zum Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1893, p. 221.)

L'auteur dans ses recherches s'est servi de la méthode du professeur Ludwig, laquelle permet de dissoudre complètement les organes, ainsi que de constater quantitativement le mercure emmagasiné dans les différents organes avec une perte très faible, 10 p. 100 dans les cas les plus défavorables.

La plupart des recherches furent faites sur les organes des animaux en expérimentation. On enleva la graisse autant que possible, puis on coupa ces organes en très petits fragments, on les pesa et on les arrosa avec 50 p. 100 de leur poids d'acide chlorhydrique (pour les os on employa une solution plus concentrée). On plaça le tout dans une cornue au-dessus de laquelle on avait adapté le réfrigérant de Liebig et on fit cuire ou on maintint à peu près les mélanges à la température de l'eau bouillante,

jusqu'à ce que les substances organiques fussent dissoutes et alors, par l'addition de quelques grammes de chlorate de potasse, le sulfure de mercure produit fut décomposé ; par suite, le liquide en général foncé est transformé en un liquide clair comme de l'eau, jaune blanc ou brun jaune. Ensuite le liquide, un peu refroidi et débarrassé par filtration de la graisse et du reste des substances organiques, est versé dans un gobelet, additionné de poussière de zinc ; on le traite ensuite comme l'urine, la salive et les autres liquides animaux.

Dans ses recherches sur tous les tissus organiques d'individus empoisonnés ou d'animaux intoxiqués dans un but expérimental, Ludwig a constaté la présence du mercure. On trouva des traces de mercure dans le cerveau et dans les os, des quantités pondérables, mais très faibles, dans les poumons, les muscles et le cœur ; la bile contenait peu ou pas de mercure; la proportion était relativement considérable dans l'intestin, plus dans le gros intestin que dans l'intestin grêle. Dans quelques cas, la glande thyroïde renfermait une quantité appréciable de mercure, la rate en contenait relativement plus ; mais là où on rencontre la plus forte proportion, c'est dans le foie et dans les reins ; les résultats ne sont pas certains en ce qui concerne les glandes salivaires : dans un seul cas on a examiné ces glandes et on n'a pas trouvé de mercure.

L'auteur ajoute incidemment que Ludwig a observé les mêmes rapports, quant à la localisation du mercure, chez quatre chiens chez lesquels on avait administré à l'intérieur des solutions de grandes quantités de sublimé corrosif. Il a fait les mêmes constatations, en examinant une série de cadavres provenant de personnes empoisonnées par des préparations mercurielles. Il en fut de même, relativement à la localisation, d'un cas résultant d'une intoxication, à la suite d'irrigation intra-utérine avec une solution de sublimé, ainsi que d'un autre cas provenant d'un suicide avec du sulfate de mercure.

Les recherches faites par l'auteur, qui ont porté pour la plus grande partie sur des chiens et seulement sur un très petit nombre de lapins, ont eu comme but principal d'étudier dans l'organisme animal la distribution du mercure d'après différents autres modes d'application, particulièrement après les injections, mais aussi après l'introduction directe du mercure dans le système vasculaire sanguin.

Il a employé dans ce but des sels très solubles (sublimé, combinaison d'asparagine et de mercure), ainsi que des composés peu solubles (huile grise, oxyde rouge de mercure), et certaines de ces préparations à doses toxiques ainsi qu'à des doses qui correspondent chez l'homme à l'emploi thérapeutique usuel.

L'auteur a choisi de préférence des chiens pour ses expériences, parce que ces animaux ont une tolérance relativement grande pour ce poison; d'autre part, les expériences de Ludwig et de Zillner ont montré que la localisation du mercure, après l'emploi interne, se comporte comme chez l'homme.

Dans une première série d'expériences on injecta en trois fois dans l'espace de treize jours, à un chien 4 gr. 7 centigr. d'huile grise à 50 p. 100 (=4,008 de mercure). Le chien succomba le vingtième jour. Il en résulte qu'on ne

peut pas mener à bien, du moins chez le chien, un empoisonnement aigu avec du mercure sous forme d'huile grise, injectée même à doses très élevées.

D'après les recherches de l'auteur, ce sont les injections sous-cutanées qui permettent d'introduire dans les organes la plus grande quantité de mercure métallique relativement à la substance employée et à la durée de l'action du mercure. Toutefois Ullmann ne saurait établir ici une comparaison entre les méthodes hypodermiques et les méthodes dermiques (frictions, emplâtres), car ces recherches présentent de très grandes difficultés.

Voici les résultats de l'introduction sous-cutanée du mercure dans les expériences sur les animaux. C'est dans la substance rénale que, au point de vue absolu et relatif, on trouvait constamment la plus grande quantité de mercure. Pour 100 gr. de substance organique il y avait, dans des intoxications aiguës avec de l'huile grise ou du sublimé, 10,57 et 6,90 milligr. de mercure, contre seulement 1,82 ou 2,14 dans le foie qui occupait dans les mêmes cas la seconde place comme richesse en mercure. Mais même dans les empoisonnements chroniques, ainsi que dans le dosage médicamenteux, donc avec l'introduction de doses de mercure relativement faibles, la proportion du métal dans les reins était très grande. On trouvait 6,0; 10,8; 2,30 ; 2,14; 1,70 milligr. contre 0,86 ; 1,48 ; 0,72 ; 0,81 ; 0,70 milligr. dans le foie pour les mêmes cas.

Le foie contient également du mercure en grande quantité ; cet organe paraît le recevoir de bonne heure par l'intermédiaire de la circulation sanguine et le conserver longtemps; il n'est excrété que lentement et peu à peu.

Relativement à l'ensemble des voies digestives c'est dans le gros intestin que, en moyenne, on trouvait le plus de mercure ; dans l'intestin grêle, la quantité était presque la même, dans deux cas elle était même plus considérable ; il est vrai que l'intestin était le siège de nécroses épithéliales étendues et d'hémorrhagies.

Il resterait, dit en terminant l'auteur, à comparer les résultats qu'il a obtenus quant à la localisation du mercure à la suite des injections sous-cutanées avec les résultats des nombreuses déterminations de mercure dans l'urine, les matières fécales, etc., spécialement avec les recherches qui s'y rapportent, faites dans ces dernières années par Paschkis, Winternitz, Kronfeld et Stein après l'emploi de différentes préparations mercurielles, même après des injections d'huile grise, d'oxyde de mercure, de sublimé, et qui ont été également pratiquées avec la méthode de détermination quantitative de Ludwig.

Kronfeld et Stein, en s'appuyant sur leurs recherches, trouvent que l'élimination du mercure par l'urine et les fèces pendant la durée du traitement est approximativement de un dixième de la quantité injectée. D'autre part, dans les recherches de l'auteur, si on additionne la quantité de mercure trouvée dans les viscères à celle du résidu mercuriel dans les foyers d'ingestion et si l'on déduit le total de la quantité injectée, on constate une différence d'environ 70 p. 100 de la proportion injectée primitivement, laquelle aurait été éliminée avant la mort de l'animal ; par conséquent, c'est un chiffre très élevé par rapport à celui de 10 p. 100

d'élimination qui se fait pendant la vie que Stein a observé chez l'homme.

Il est possible que nous n'ayons pas fait entrer en ligne de compte la perte qui, avec la méthode de Ludwig, se monte à environ 10 p. 100, ni l'élimination consécutive durant deux à trois semaines après la fin de l'introduction du métal jusqu'à la mort de l'animal, ni l'élimination possible par les nombreux follicules de la peau. A. Doyon.

État de la bouche dans le traitement mercuriel. — A. Risso. La bocca di quelli che fanno cure mercuriali. (*La Riforma medica*, 26 et 27 octobre 1893, p. 255 et 266.)

L'auteur a étudié dans ce travail, purement bactériologique et auquel il ne donne aucune conclusion, les micro-organismes de la bouche chez dix-neuf sujets du service de Campana, les uns soumis aux injections hypodermiques de mercure, les autres non soumis à ce traitement. Il n'a trouvé le staphylocoque doré que chez les sujets soumis au traitement mercuriel; chez les uns et les autres, il a rencontré le staphylocoque blanc, des diplocoques, des bacilles et des streptocoques beaucoup plus fréquemment au cours qu'en dehors du traitement mercuriel, les autres micro-organismes un peu plus fréquemment au cours du traitement mercuriel.

Georges Thibierge.

Action du mercure sur le sang. — G. Traversa. Azione dei preparati mercuriali sul contenuto globulare ed emoglobinico del sangue. Importanza dell' esame globulimetrico ed emocromometrico nella diagnosi e nella cura della sifilide; contribuzione farmacologica e clinica. (*Giornale della Associazione napoletana di medici e naturalisti*, 1893, p. 161.)

L'auteur montre que, pour fixer l'influence du mercure dans le sang et son action dans la syphilis, il faut : 1° connaître exactement quelles modifications la richesse du sang en globules rouges et en hémoglobine subit sous l'influence du traitement mercuriel dans l'organisme sain et déterminer ces modifications à la suite de l'action prolongée de petites doses de mercure; 2° déterminer rigoureusement comment se modifie, pendant le traitement mercuriel, le contenu globulaire et hémoglobinique du sang dans les formes les plus variées de la syphilis et à ses diverses périodes; 3° voir comment, dans chaque cas, se modifient, en même temps que la composition du sang sous l'influence du mercure, les symptômes généraux de la syphilis.

Il étudie dans ce travail les modifications de la richesse globulaire et hémoglobinique du sang chez le chien à la suite d'injections hypodermiques de sublimé.

Il a constaté, chez les animaux en expérience, une diminution plus ou moins notable du poids du corps variant suivant la quantité de médicament injectée, parallèlement à la diminution du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine ; après la suspension du traitement les globules rouges et l'hémoglobine reviennent au taux normal et le poids du corps augmente et atteint le même chiffre qu'avant l'expérience.

Les expériences prouvent que contrairement à l'opinion de Schmiedeberg, l'affaiblissement de la nutrition ne tient pas aux troubles locaux provoqués par le mercure, car il n'a jamais vu survenir d'accidents au niveau des injections, et les expériences ont été suspendues dès l'apparition des premiers phénomènes d'intolérance; elles excluent également l'influence de l'insuffisance alimentaire et des troubles digestifs. Elles permettent à l'auteur de conclure que la dénutrition a pour facteur, sinon unique, tout au moins capital, la modification de la crase sanguine.

Elles montrent que, dans les premiers temps du traitement, la diminution du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine est beaucoup moins rapide que par la suite, ce qui est en rapport avec l'action cumulative des préparations mercurielles ; de même, après la suspension du traitement, la reproduction de l'hémoglobine et des globules rouges se fait lentement, par suite de la présence du mercure non encore éliminé.

En résumé, chez l'animal sain, le mercure n'est pas un médicament reconstituant et hyperglobulisant, mais une substance hautement déglobulisante et dénutritive. GEORGES THIBIERGE.

Traitement de la syphilis. — KOWALEWSKY. Zur Behandlung der Syphilis des centralen Nervensystems. (*Archiv. f. Dermat. w. Syphilis. Erangänzungshefte*, 1893, p. 155.)

L'auteur est un neurologiste et dans l'article que nous résumons il donne le plan de la méthode qu'il emploie avec succès dans le traitement de la syphilis du cerveau et de la moelle épinière. Selon lui il existe certainement des cas de tabes et de paralysie progressive d'origine presque exclusivement syphilitique — dans ces cas le traitement spécifique rend non seulement des services, mais même amène la guérison. Il n'est pas douteux d'autre part que dans quelques cas de tabes et de paralysie progressive, survenant chez des syphilitiques, le traitement spécifique n'a non seulement aucune utilité, mais est même parfois nuisible. Enfin il y a des cas dans lesquels une médication spécifique énergique ne donne pas de bons résultats, mais où par contre une cure spécifique légère est utile — ce sont des cas de métasyphilis.

L'auteur a exercé pendant quelques années à Piatigorsk (bains sulfureux, dans le Caucase) où il a eu l'occasion de traiter un grand nombre de malades atteints de syphilis du système nerveux.

Dans la syphilis du système nerveux central, la syphilis est très rarement la seule cause de la maladie. Au contraire la syphilis cérébrale s'accompagne presque toujours d'autres causes morbides qui ont exercé déjà antérieurement une action nocive, le plus souvent ici le système nerveux central représente un locus minoris resistentiæ, qui, à ce titre, est atteint le plus violemment.

Dans le traitement de la syphilis du système nerveux central il est absolument nécessaire de tenir compte de cette observation et de ne pas perdre de vue les autres éléments de la maladie. Cette circonstance a une grande importance non seulement pour le traitement, mais aussi pour le pronostic. Si l'on envisage deux cas de syphilis cérébrale : le premier, outre la syphilis présentant encore de l'hérédité psycho-pathologique, l'autre seu-

lement de la syphilis — naturellement le pronostic sera dans le premier cas beaucoup plus grave que dans le second.

Aussi, dans le traitement de la syphilis cérébrale, l'auteur se préoccupe-t-il tout d'abord de rechercher toutes les causes qui ont occasionné la maladie, et ce n'est qu'après qu'il établit le plan de la cure. Très souvent on constate que, outre la syphilis, d'autres causes ont agi, par exemple, l'hérédité neuro-pathologique, l'alcoolisme, l'abus du tabac, des excès vénériens, un travail intellectuel excessif, des traumatismes, etc., parmi lesquels la syphilis ne joue parfois que le rôle le moins important. L'insuccès du traitement spécifique dans la syphilis cérébrale tient très fréquemment à l'analyse insuffisante des causes de la maladie.

Il ne faut pas considérer la syphilis cérébrale comme une maladie unique. Elle constitue un processus compliqué : la présence d'un corps étranger dans le crâne, une altération du système nerveux, comme conséquence de l'affection syphilitique La médication spécifique n'a sans doute d'action que sur le contage syphilitique, et non sur ses conséquences morbides et les altérations du système nerveux ; dans ces cas, le traitement spécifique seul est absolument insuffisant.

Le mercure et l'iode détruisent le contage syphilitique ainsi que le processus gommeux diffus et même les gommes isolées ; toutefois il reste de l'usure et des pertes de la substance nerveuse que ces deux médicaments ne peuvent ni restaurer, ni remplacer. Ce fait est d'une plus grande importance encore dans les cas de maladie syphilitique chronique de la moelle où le processus scléreux détermine des destructions considérables de la substance nerveuse.

Dans le traitement de la syphilis cérébrale, l'auteur distingue strictement les méthodes pour combattre les lésions purement syphilitiques et les altérations des nerfs consécutives, réclamant l'emploi de méthodes thérapeutiques spéciales.

Comment agit le mercure sur l'affection syphilitique ? Agit-il sur le contage syphilitique même ou d'une autre manière ? Est-il un remède spécifique contre le contage syphilitique ou contre les productions syphilitiques ? L'auteur émet l'hypothèse suivante : le mercure a incontestablement une affinité particulière pour les albuminates de l'organisme. L'introduction en proportion convenable de mercure dans l'économie doit détruire les tissus albumineux des différentes parties du corps. Par là, disparaissent naturellement d'abord les tissus qui offrent à ce moment le moins de résistance. Ce sont les tissus de nouvelle formation, spécialement les tissus albumineux pathologiques, sur lesquels donc se portera surtout l'action des préparations mercurielles. Dans ces conditions, le mercure détruira tout d'abord ce tissu pathololologique albumineux de nouvelle formation et peu stable ; ce n'est qu'après qu'il agira sur le tissu sain. L'action destructive du mercure sur les tissus albumineux, sains et pathologiques, sera exactement proportionnelle à leur force de résistance : par conséquent, ce sont les néoplasies syphilitiques qui sont les premières détruites par le mercure. Donc, si on laisse de côté l'affinité spéciale du mercure pour le contage syphilitique, on peut atteindre cependant par le traitement mercuriel des résultats importants dans la maladie syphili-

tique, et spécialement la destruction complète des néoplasies. Si, en même temps, on élimine énergiquement de l'organisme les parties détruites, on peut, par cette méthode de traitement, débarrasser facilement le corps des néoplasies syphilitiques. Le contage syphilitique lui-même n'est détruit qu'en raison de sa connexion avec les productions pathologiques atteintes par le mercure. Mais les parties du contage syphilitique en rapport avec les tissus normaux ou pathologiques non détruites par le mercure restent dans l'organisme et sont susceptibles de former de nouvelles productions pathologiques, en tant du moins que le contage syphilitique ne sera pas éliminé des tissus normaux par l'augmentation des échanges nutritifs.

En ce qui concerne les frictions hydrargyriques, l'auteur fait une grande distinction entre les cas aigus et les cas chroniques de syphilis cérébrale ; dans les premiers, il les prescrit à la dose de 4 à 6 gr. chaque jour; dans les cas subaigus, de 4 gr.; dans les cas chroniques, de 1 à 2 gr. ; mais dans ce dernier cas il les fait continuer pendant très longtemps.

Quant au traitement de la syphilis du système nerveux central dans les stations d'eaux minérales, comme Piatigorsk (bain sulfureux), l'auteur prescrit de 60 à 80 frictions. Il ne saurait admettre que les malades, sous l'influence d'une amélioration rapide, cessent trop tôt le traitement, par exemple après 30 à 40 frictions, dès la disparition plus ou moins complète des symptômes morbides les plus pénibles. Une semblable cure est tout à fait insuffisante, elle amène rarement la guérison, elle est souvent suivie de récidives et exige par conséquent la répétition de la cure.

Dans la Russie centrale, il prescrit un bain après 6 à 7 frictions et, 4 à 5 jours de repos après 15 à 20 frictions. A Piatigorsk, on fait les frictions chaque jour, parfois même deux fois par jour, mais chaque jour on donne un bain sulfureux de 28° à 32°. Dans les stations thermales, en raison des bains sulfureux, la dose des frictions est naturellement plus élevée que chez soi.

Dans les cas où il y a de gros paquets de ganglions lymphatiques, il fait pratiquer chaque jour des frictions avec une partie de la pommade mercurielle dans la région de ces ganglions ; il en a toujours obtenu de bons résultats. Peut-être le massage seul agit-il, mais il est possible aussi qu'outre le massage, l'absorption de la pommade mercurielle par le système lymphatique ait une action favorable.

L'auteur a employé en injections hypodermiques la plupart des sels mercuriels ; toutes ces injections ont le même inconvénient, qui est de déterminer une douleur sourde, persistante au point injecté. Il a en outre observé après l'injection un malaise semblable à une syncope : vertiges, nausées, bourdonnements d'oreilles, sueurs froides, faiblesse du pouls ; tous ces symptômes passent après deux à quatre minutes sans laisser de traces, mais ils font une impression pénible sur le malade et le médecin.

Il recommande l'emplâtre hydrargyrique dans les cas de périostite, d'ostéite, etc.

Kowalewsky est très partisan de la décoction forte de Zittmann. Le traitement antisyphilitique a un double but, la destruction des productions syphilitiques et leur élimination de l'économie avec les autres pro-

duits de mutations organiques. Il faut encore un fonctionnement énergique et régulier de tous les appareils d'excrétion. La décoction de Zittmann a deux propriétés : elle détruit la néoplasie syphilitique et augmente l'activité des fonctions cutanées, rénales et intestinales, elle détermine par conséquent l'élimination plus rapide des produits nuisibles. L'auteur a recours à ce remède principalement dans les processus gommeux chroniques. Dans quelques cas de gommes du cerveau, etc., des frictions mercurielles énergiques ou des injections font disparaître les phénomènes pathologiques, mais il reste, à un degré plus ou moins accusé, des parésies, des anesthésies, des névralgies, une paresse intellectuelle, etc. ; dans ces cas, le décocté de Zittmann est un remède très précieux.

L'iode vient en seconde ligne dans le traitement de la syphilis, on l'emploie avec succès dans la syphilis cérébrale.

En raison de l'action énergique de la potasse sur le cœur, l'auteur donne la préférence à l'iodure de sodium ; mais chez les malades dont les mutations organiques sont très lentes, et qui sont prédisposés à l'arthritisme, il conseille l'iodure de lithium.

Il prescrit d'ordinaire les préparations d'iode à doses élevées, de 2 jusqu'à 8 gr., 12 et 16 gr. par jour. Il recommande à ses malades de commencer par 50 centigr. d'iodure de sodium, matin et soir, dans une grande quantité de lait ou d'eau; chaque jour ou tous les deux jours on augmente la dose de 30 à 50 centigrammes. On arrive ainsi peu à peu jusqu'à 12 gr. par jour, on continue alors cette dose de sept à dix jours, puis on diminue graduellement. Après un temps d'arrêt de sept à quatorze jours, on recommence ce cycle. On ne prescrit ces doses élevées que dans les cas où les reins sont intacts, les fonctions des voies digestives régulières et l'activité de la peau suffisante. On prescrit en outre ces doses durant l'été, par un temps chaud et sec, concurremment avec des bains chauds. Dans l'hiver ou par un temps humide, il ne dépasse presque jamais la dose de 8 gr. d'iodure de sodium par jour.

Eaux minérales. — L'auteur considère les cures d'eaux minérales comme un moyen auxiliaire dans le traitement de la syphilis ; l'eau sulfureuse joue dans ces cas le premier rôle et le plus important. Il ne partage pas toutefois l'avis de quelques médecins, qui regardent les bains sulfureux comme un remède spécifique de la syphilis ; cependant ils ont une réelle valeur dans le traitement de la syphilis cérébrale.

Dans la cure syphilitique, ils agissent de trois manières : 1° ils accélèrent l'élimination du mercure et permettent par suite de continuer pendant plus longtemps son usage ; 2° ils débarrassent l'organisme des produits des mutations organiques, qui se forment sous l'influence de la cure spécifique ; 3° ils chassent le contage syphilitique. Cette influence des bains sulfureux repose en partie sur l'action du soufre, qui accélère et augmente les mutations organiques, en partie aussi sur la propriété thermique de ces bains, et cette influence est d'autant plus prononcée que l'eau renferme plus de soufre et que la température est plus élevée.

L'auteur prescrit chaque jour des bains, au début à 33°,75 C., graduellement jusqu'à 40° C., en revenant ensuite peu à peu à la température primitive.

Enfin l'auteur termine son mémoire en rappelant les formes et symptômes morbides du système nerveux que, en dehors du traitement syphilitique, il faut combattre par d'autres remèdes.

Dans la syphilis cérébrale, les douleurs de tête sont fréquentes. Le meilleur remède est la cure spécifique; toutefois, son action n'étant pas immédiate, il y a lieu d'intervenir; la cocaïne, l'antifébrine, l'antipyrine, la phénacétine, la codéine, etc., ont peu d'action ; les laxatifs, les cardiaques et sédatifs sont plus actifs; mais beaucoup plus efficaces encore sont les dérivatifs à la nuque, tels que des sinapismes et mieux encore le collodion cantharidé et le thermocautère.

Le traitement de l'épilepsie syphilitique dépend de sa forme. Si on a affaire à une épilepsie syphilitique médullaire héréditaire, il faut la traiter avec les bromures, en y ajoutant de petites doses d'iodure de sodium ou d'iodure de fer ; dans l'épilepsie corticale syphilitique héréditaire, traitement spécifique énergique, et en même temps, bromures à la dose de 1 à 1 gr. et demi par jour.

Quant au traitement de l'épilepsie syphilitique acquise, en premier lieu, traitement antisyphilitique et en second lieu, bromures et électrisation. Dans les paralysies rebelles : traitement spécifique, massage, gymnastique et électrisation.

L'auteur indique ensuite le traitement qu'il convient d'appliquer à l'atrophie du nerf optique, aux troubles psychiques et au tabes d'origine syphilitique. En premier lieu, le mercure et l'iode; en second lieu les médications habituelles de ces affections. A. Doyon.

Prostitution. — Fedorow. Die Prostitution in Saint-Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung. *(Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis,* 1893, p. 395.)

L'auteur examine tout d'abord quelles sont les causes qui poussent les femmes à la prostitution et ensuite comment se recrutent les prostituées. Dans la plupart des cas, c'est la paresse qui est le principal motif. Si on leur demande pourquoi elles se sont adonnées à ce métier, elles répondent presque toujours que c'est un métier facile.

Le travail de la femme, lié le plus souvent à un effort physique considérable, est partout relativement mal rétribué ; en moyenne, le salaire est de 25 à 75 francs par mois. Les domestiques sont encore les mieux rétribuées (12 fr. 50 à 37 fr. 50) et défrayées de tout, et cependant, ce sont précisément celles-là qui prennent le plus souvent la voie de la prostitution.

Actuellement, le nombre des prostituées placées sous le contrôle de la police sanitaire est d'environ 3,000; sur ce nombre, 600 vivent dans des maisons publiques (prostituées publiques), et 2,400 ont leur logement particulier (prostituées clandestines). Le plus grand nombre des prostituées publiques sont des paysannes, quelques-unes sont de petites bourgeoises. Les règlements de police sanitaire sur les maisons publiques sont les suivants : veiller à ce qu'il n'y ait aucune femme en dehors du contrôle, à ce qu'on ne vende pas de spiritueux; à ce que la directrice surveille la propreté des prostituées et les nourrisse convenablement ; à ce que ces dernières ne s'enivrent pas et viennent régulièrement à la visite ;

à ce qu'elles suivent exactement les prescriptions hygiéniques (lavages) et que, au moment des époques, elles cessent tout rapport.

La deuxième catégorie de prostituées, celles qui vivent seules (rarement deux à deux), est quatre fois plus nombreuse que la première. Ces filles se recrutent dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg et les gouvernements environnants. Vers l'âge de 9 à 10 ans, elles viennent dans la capitale pour apprendre un métier (tailleuse, couturière, fleuriste, etc.). Elles ont ou non appris leur métier; elles ont assisté à l'immoralité de leur maîtresse; elles sont entraînées à la débauche. Le travail leur semble trop pénible et elles l'abandonnent.

L'auteur reproduit ensuite un extrait de 143 feuilles statistiques, prises au hasard et qui montrent les motifs qui ont poussé les filles à la prostitution. Ces feuilles fournissent des renseignements intéressants sur la condition sociale de ces filles, l'âge auquel elles se sont livrées à la prostitution, leurs occupations antérieures jusqu'à cette époque, l'état social de leurs parents; à quelle époque elles les ont quittés; l'âge où elles ont perdu leur virginité; les causes qui les ont entraînées à se prostituer.

L'auteur entre ensuite dans les plus grands détails sur le mode d'après lequel les filles sont placées sous le contrôle de la police sanitaire : vingt inspecteurs sont chargés de la surveillance de la prostitution et, comme ils sont très peu payés (75 francs par mois); que les obligations de service sont difficiles et qu'elles les exposent, en outre, à des injures, il ne se présente, pour remplir ces fonctions, que des personnes des classes inférieures. Chaque inspecteur a sous sa surveillance un secteur dans lequel il doit veiller à ce que les directrices des maisons publiques remplissent les prescriptions du comité; que les prostituées clandestines, dont il y a environ deux cents dans un seul secteur, se présentent en temps opportun à l'examen médical; enfin il doit poursuivre les filles suspectes de prostitution.

En dehors de ces obligations directes, les inspecteurs sont encore employés, au moment de la visite médicale, à enregistrer les prostituées venues à la visite et à surveiller le soir les grandes rues et les abords des maisons où les gens des classes inférieures s'amusent. Dans ces conditions, les inspecteurs du comité peuvent surveiller les filles qui se livrent à la provocation dans les rues.

Fedorow indique ensuite les motifs qui permettent d'effacer les prostituées des registres d'inscription. On a installé, à Saint-Pétersbourg, dans des locaux spéciaux, tout ce qui concerne l'examen médical des prostituées. Les visites ont lieu chaque jour. Dans la chambre d'examen, on a fait une section où les filles par trop malpropres subissent un lavage à fond.

Dans cette pièce, se trouve un appareil qui peut, suivant le but qu'on se propose, fournir de l'eau de 18° à 98° C. On fait alors laver ces filles sur un bidet avec un irrigateur spécial, car le lavage avec l'irrigateur d'Esmarch est insuffisant. Tous les instruments sont soigneusement désinfectés, ils sont ensuite placés dans une boîte de zinc hermétiquement fermée.

Le personnel médical du comité se compose de l'inspecteur, de huit médecins et de trois sages-femmes. Les devoirs de l'inspecteur consistent

en une surveillance générale des inspections médicales sous tous les rapports, en relations avec l'administration des hôpitaux, en la vérification de la présence des filles inscrites, en visites assez fréquentes des maisons publiques et particulières relativement à leur état sanitaire, et en la direction de la statistique médicale, eu égard spécialement au contingent des syphilitiques. Vient ensuite tout ce qui concerne le rôle des médecins.

Après avoir fourni ce tableau de l'organisation intérieure et extérieure du comité de police sanitaire de Saint-Pétersbourg, Fedorow cite encore les chiffres indiquant l'action de cet institut pour les années 1889 et 1890.

Le nombre des prostituées s'élevait à Saint-Pétersbourg au 1er janvier 1889 ;

Dans les maisons publiques...	535
Isolées...	2.380

Dans le cours de l'année on enregistra :

Dans les maisons publiques...	156
Isolées...	716
	872

Parmi ces femmes il y avait :

Récidivistes...	205
Soumises pour la première fois à la surveillance...	667

Sur ce nombre, il n'y en avait que 111 atteintes de syphilis, soit 16,6 p. 100, toutes les autres provenaient des années antérieures.

En cette même année, on ne trouva que 18 prostituées enceintes; sur ce chiffre, une vivait dans une maison publique, les autres seules,

Les 74 filles enregistrées et malades en 1890 ne constituent que le 15 p. 100 de toutes celles placées cette année sous la surveillance (496).

L'auteur compare ensuite les institutions de Saint-Pétersbourg avec celles de Paris, de Bruxelles, de Milan, de Pavie, de Berlin et de Vienne.

A propos du nombre de prostituées surveillées, Fedorow fait remarquer qu'il ne correpond pas au chiffre de la population masculine; en fait, il doit être plus considérable.

La diminution importante des prostituées est surtout sensible dans les maisons publiques. En 1879, on comptait 206 de ces maisons avec 1,528 pensionnaires. Actuellement, il n'en existe plus que 70 avec 508 prostituées. En douze ans, 136 maisons ont donc été fermées, soit deux tiers du nombre total. La cause en serait, d'après l'auteur, la défense de vendre des spiritueux dans ces établissements et leur transport graduel dans les parties les plus éloignées de la ville. A Moscou, ils sont au centre de la cité, le commerce de l'alcool y est florissant et, par suite, leur nombre est plus du double de celui de Saint-Pétersbourg.

Fedorow termine son travail, qui est rempli de documents des plus intéressants sur la prostitution dans la capitale de la Russie, par des propositions sur les mesures à prendre contre la syphilis. Il s'agirait d'établir, par voie législative, la visite des ouvrières non mariées des fabriques ainsi que de tous les domestiques, hommes et femmes. Ceux qui

connaissent la vie des fabriques et ses mœurs savent à quel point cette visite serait utile et nécessaire. Pour les femmes, on emploierait des accoucheuses bien au courant de ces affections et qui préviendraient le médecin en cas de maladie. La visite des domestiques serait non moins essentielle. Outre leur utilité directe, ces visites serviraient encore à répandre l'idée de l'importance des ravages épouvantables qu'exerce la syphilis. Ces visites devraient être faites dans un local spécial, à chaque changement de domestiques. On leur remettrait un certificat indiquant leur état de santé.

A. Doyon.

Réinfection. — V. Fisichella. Contributo alla casuistica della reinfezione sifilitica. (*Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, février 1894, p. 5.)

Fille de 14 ans, ayant présenté en janvier 1891 un chancre de la région périanale avec polyadénopathie, puis une syphilide papulo-hypertrophique ano-vulvaire, une roséole, des plaques muqueuses sur les lèvres et sur la langue, des syphilides tuberculeuses du front et de la nuque : ces dernières lésions ont été constatées au mois de mai 1893. Le 4 septembre, la malade se présente à la clinique avec une lésion de la joue droite, datant de vingt jours environ et consécutive à une morsure faite par un sujet actuellement en traitement pour des accidents syphilitiques : cette lésion, arrondie, de la dimension d'une pièce d'un franc, à bord un peu saillant, non douloureuse, est le siège d'une ulcération peu profonde, plane, peu suintante, à base parcheminée ; nombreux ganglions cervicaux et sous-maxillaires engorgés et durs, surtout à droite ; le 20 septembre, on constate l'apparition de roséole sur le thorax et l'abdomen ; céphalée intense, douleurs rhumatoïdes et pharyngite subaiguë.

L'auteur considère cette observation comme un exemple indiscutable de réinfection syphilitique ; la description de la roséole constituée par « des taches un peu plus larges qu'un grain de millet, de forme circulaire, à bords irréguliers et frangés, de couleur variant du rouge au rouge pâle, s'effaçant par la pression pour reparaître ensuite », semble en effet assez démonstrative. Il n'en est pas moins singulier de voir une deuxième infection syphilitique survenir moins de trois mois après des manifestations de la première infection, et il y a là sujet à méditation, même pour les plus chauds partisans de la possibilité de la réinfection syphilitique.

Georges Thibierge.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

UNE ÉPIDÉMIE DE TEIGNE TONDANTE
A L'ASILE LAMBRECHTS (1).

Par M. **Louis Wickham.**

I

En mars 1893, je fus chargé par le directeur de l'Asile Lambrechts, M. Gaufrès, d'examiner quelques enfants dont le cuir chevelu était malade. Je ne tardai pas à me rendre compte qu'il s'agissait d'une véritable épidémie de teigne remontant déjà à plusieurs années et comprenant 48 cas de contamination sur 70 enfants.

Dès mes premières visites à l'asile je fus frappé de la propreté avec laquelle les enfants étaient tenus ; les têtes étaient convenablement tondues, bien nettoyées et tout ce que je voyais m'apparaissait comme un véritable modèle de direction intelligente et soucieuse de la bonne réputation de l'asile.

Aussi fus-je très surpris de trouver une si grande diffusion de la maladie. M. Gaufrès m'apprit que depuis plusieurs années il était question de teigne dans l'asile et que des conseils avaient été demandés autrefois à M. Lailler, puis à M. Galliard. Le petit Ber.... me fut désigné comme un des plus anciens malades, je me rappelai aussitôt le nom. En 1888, alors que j'étais interne dans le service de mon cher maître, M. Hallopeau, cet enfant, alité salle Bazin, m'avait été recommandé. Je le surveillais donc spécialement et je me souviens fort bien qu'à un moment donné, sa tête fut très rapidement le siège de nombreux et petits foyers d'auto-inoculation de voisinage.

Dès l'année 1888, l'asile était donc contaminé, ce qui recule les débuts de l'épidémie au moins à 6 ou 7 ans ; quant à l'époque même de son origine, je n'ai pu l'établir.

Lorsque, dès ses premières visites, Lailler eut découvert plusieurs cas de teigne, il conseilla au directeur de faire soigner les malades dans l'asile même en les isolant des autres enfants, et de nettoyer toutes les têtes régulièrement tondues avec de l'eau sublimée, une fois

(1) L'asile Lambrechts, sis à Courbevoie, est un hospice-orphelinat qui dépend de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. Il comporte 40 adultes des deux sexes (aveugles, infirmes, vieillards) et 70 enfants (garçons). Cet asile est pour les enfants un lieu d'instruction et d'apprentissage.

par semaine, et un savonnage chaque jour. Depuis, ces règles furent ponctuellement et scrupuleusement suivies.

Mais au lieu de disparaître, la teigne semblait atteindre un plus grand nombre d'enfants ; aussi, depuis 2 ans au moins, M. Gaufrès avait-il redoublé, mais en vain, les soins prescrits.

Ces efforts cependant n'ont point été inutiles, car s'ils n'ont pu détruire les parasites au moins ont-ils limité leur envahissement.

En effet, sur les 48 cas, 6 consistaient uniquement en de rares taches de trichophytie cutanée, une dizaine présentaient des plaques visibles au cuir chevelu mais peu développées, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 2 francs, *et tous les autres, la majorité par conséquent, ne paraissaient à première vue nullement malades ; seul un examen très minutieux permettait de découvrir de très petits foyers au milieu des cheveux sains.*

Cette épidémie ne présentait donc que des lésions d'apparence bénigne, mais sa ténacité, malgré les soins donnés, laissait soupçonner un caractère particulièrement rebelle et c'est précisément ce qu'ont démontré les observations ultérieures.

Quelle conduite devais-je tenir pour le bien et l'intérêt direct de l'asile même ?

Les faits antérieurs me montraient qu'il ne pouvait plus être question d'isolement, ni de soins prophylactiques; tout avait été vainement tenté dans ce sens.

Je pouvais renvoyer tous les enfants malades et garder les autres. Mais l'hypothèse émise par M. Sabouraud de l'existence saprophyte des trichophytons me décida à prendre une autre détermination.

Je fis évacuer l'asile, qui resta vide pendant un mois. Le licenciement eut lieu en mars 1893. Puis l'asile fut lavé, nettoyé avec un soin extrême, la literie, le linge, les vêtements, les livres d'école furent l'objet de manipulations spéciales.

Il était décidé que, désormais, pas un enfant ne rentrerait à l'asile sans passer par mon contrôle. J'examinai les enfants par séries, lors des rentrées qui se firent à partir du 17 avril et l'asile se repeupla peu à peu.

Depuis lors il ne s'est plus reproduit un seul cas de teigne ; l'asile était donc délivré de son épidémie, véritable fléau.

Ceux des enfants dont la peau seule était atteinte, avaient été guéris entre temps par des applications de teinture d'iode ; aussi le nombre définitif d'enfants malades retenus hors de l'asile fut-il de 42.

Ce sont les résultats fournis par l'observation de ces malades que je me propose de résumer dans ce travail.

II

HISTOIRE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE (1)

1. Étude symptomatologique. — Dans aucun cas je n'ai observé de plaque rosée primitive et pourtant j'ai dû, à coup sûr, me trouver bien des fois en présence de lésions au début.

Les caractères généraux et spéciaux des foyers contaminés se sont trouvés être en tous points semblables à eux-mêmes soit d'une tête à l'autre, soit sur une même tête. Partout et toujours je n'ai retrouvé qu'un même tableau symptomatologique.

a) *Dissémination.* — Sur une même tête, la moyenne des points atteints a été assez élevée, 10 à 15 environ ; quelques enfants avaient la tête criblée de petits foyers distincts.

b) *Dimension des plaques.* — Les plus grandes plaques n'ont guère dépassé les dimensions d'une pièce de deux francs, encore celles-ci se sont-elles montrées fort rares. Les dimensions moyennes ont été d'un demi-centimètre carré, mais la caractéristique de l'épidémie a été le grand nombre de points comprenant trois à quatre cheveux, bien souvent un seul cheveu (2). Tous ces points ne pouvaient se découvrir qu'à un examen très prolongé et très minutieux. Là où la tête apparaissait absolument saine, le hasard décelait

(1) Il s'agit, comme on le verra plus loin, d'une épidémie due au trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant. Lors de mes premiers examens de cheveux, n'étant pas encore suffisamment éclairé sur les travaux de M. Sabouraud, j'ai cru trouver plusieurs cas de trichophyton microsporon, mais dans la suite et mieux instruit alors, chaque fois que des enfants m'ont été représentés auxquels j'avais primitivement appliqué l'étiquette de trichophyton microsporon, chaque fois j'ai constaté qu'il s'agissait de trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant. — Il est resté quatre cas marqués trichophyton microsporon que je n'ai pu contrôler à nouveau, mais d'après le souvenir des lésions que présentaient ces enfants, et d'après les notes que j'avais prises à leur sujet, je suis absolument convaincu que la nature de leur teigne avait été, elle aussi, inexactement désignée. Je tenais à signaler ces faits pour la complète exactitude de mon travail.

Je dois ajouter aussi qu'il me manque l'examen histologique de cinq cas chez lesquels les caractères cliniques ont d'ailleurs été très nettement ceux des lésions produites par le trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant.

Enfin, un cas bien étudié, celui de Jag... Charles, actuellement sous la direction de MM. Béclère et Sabouraud, à l'école des teigneux, présente des caractères histologiques spéciaux. Il s'agit bien d'un trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant, mais les spores contiennent un noyau jaune très distinct, la culture d'ailleurs a, elle aussi, présenté quelques particularités. Les descriptions suivantes concerneront donc 33 enfants chez lesquels les études histologiques et cliniques ont été faites simultanément.

(2) Je rappelle que l'extension sur place des points envahis a peut-être été empêchée par les excellentes mesures de prophylaxie instituées antérieurement.

tout à coup la présence d'un cheveu malade; ce cheveu eût-il été cassé à fleur de peau, on n'aurait jamais pu le découvrir.

c) Caractères des cheveux envahis. — Mais précisément les cheveux malades pour la plus grande part ont dépassé l'épiderme de 1 à 4 millim. Jamais ils n'ont dépassé 5 millim. Un très petit nombre d'entre eux étaient cassés dans leur trajet cutané. Ces cheveux étaient épars, très visibles dès qu'on les avait aperçus. En aucun point du poil il n'existait de gaine enveloppante. Presque toujours ces cheveux avaient une rectitude parfaite, ils n'étaient ni coudés, ni fléchis.

d) Aspect des plaques. — Pas de desquamation ni de coloration rosée péripilaire; la peau au niveau des plaques était parfaitement propre et lisse. Et de ce fond uni s'échappait à intervalles assez grands les petits cheveux malades. Souvent, au milieu des plaques de teigne, les cheveux sains, longs, normaux, persistaient, de sorte qu'il semblait moins s'agir d'une seule et même plaque de teigne tondante que d'un espace où auraient conflué un grand nombre de tout petits foyers d'envahissement.

e) Siège des plaques. — Indifférent.

f) Étude à la pince. — Les cheveux malades ne se laissaient pas facilement écraser à la pince.

En essayant de les épiler ils cassaient en un point de leur trajet soit aérien, soit cutané.

g) Plaques cutanées. — Quelques enfants, au nombre de 12 environ, avaient au voisinage du cuir chevelu, au cou, à la face ou aux mains, etc., de petites taches érythémato-squameuses trichophytiques, irrégulières, de celles que M. Besnier a décrites sous le nom de « *trichophytie cutanée accessoire des teigneux* ». Dans aucun cas il ne s'est agi de la véritable trichophytie circinée.

Toutes ces taches ont rapidement disparu après application de teinture d'iode.

2. Étude histologique. — En traitant les cheveux par une solution légèrement chauffée de potasse caustique à 40 p. 100 on constate l'absence de gaine. Il n'y a ni spores, ni mycélium en dehors du cheveu, on voit seulement au niveau de la cassure des traînées mycéliennes dépassant les fibrilles pilaires.

En pressant sur la lamelle le cheveu n'éclate que difficilement; quand on l'a écrasé, on voit dans le liquide ambiant un grand nombre de chaînettes et quelques spores libres.

En chauffant la solution jusqu'au début de l'ébullition, le cheveu éclairci apparaît rempli de filaments de mycélium; le parasite s'y trouve dans toute sa hauteur et dans toute sa largeur, peut-être est-il plus abondant près des bords.

Les spores libres sont très grosses, bien rondes, elles paraissent parfois de dimensions légèrement inégales. Le plus souvent, on cons-

tate que ces spores, disposées par groupe de 2 ou 3, ne sont que des fragments de mycélium.

Le mycélium apparaît en longues traînées constituant de véritables rubans en lignes assez droites et parallèles au grand axe pilaire, les spores qui les forment sont presque carrées et présentent comme un double contour.

Après avoir détruit le poil par l'ébullition complète, on retrouve encore de longues traînées mycéliennes des plus nettes.

En résumé : *Plaques de petites dimensions, lisses et propres. Cheveux cassés courts, gros et sans gaine. Nombreuses inoculations secondaires. Cheveux remplis de rubans mycéliens constitués par de grosses spores carrées, très peu de spores libres. Coexistence de taches érythémato-squameuses trichophytiques sur la peau glabre* : tels sont les caractères cliniques et histologiques que j'ai pu observer. Ils diffèrent absolument de ceux des principales autres teignes.

La teigne commune, la teigne à petites spores n'offre rien de semblable. Le trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium fragile, le trichophyton ectothrix ont des caractères bien différents.

Depuis l'année 1888, m'étant intéressé d'une façon particulière aux maladies du cuir chevelu, j'avais eu l'occasion de remarquer comme tant d'autres, mais sans pouvoir rien spécifier, la grande dissemblance des divers cas de teignes soumis à l'observation. Depuis une année, à mesure que je pouvais les contrôler, les principaux arguments de M. Sabouraud en faveur de la pluralité des teignes m'apparaissaient absolument lumineux. Une fois qu'on a bien compris les signes différentiels des teignes, il est aussi facile de diagnostiquer les teignes tondantes entre elles que de les distinguer du favus.

Dans les cas de l'épidémie actuelle aucun doute n'était possible, il s'agissait de la teigne due au *trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant*.

Pour confirmer mon diagnostic, j'ai prié M. Sabouraud de cultiver les cheveux malades d'un certain nombre de mes enfants, et chaque fois il a obtenu la culture type du trichophyton endothrix à mycélium résistant.

III

ÉVOLUTION ULTÉRIEURE DE L'ÉPIDÉMIE

Les 42 enfants atteints de teigne tondante et retenus hors de l'asile ont été répartis pour leur traitement de la manière suivante (1) :

(1) Cette répartition s'est un peu modifiée dans la suite, quelques malades ayant été renvoyés ou transférés d'un service à l'autre. C'est ainsi qu'en définitive j'ai eu, pour ma part, à m'occuper de tous les enfants, surtout à la période terminale de leur teigne tondante.

Dans le service de M. Quinquaud. École des teigneux, *21 enfants* (1). Les nommés Reis..., Cua..., Kun..., Zim..., Colom... Charles, Guesn..., Berj..., Bli... Henri, Bli... Armand, Math..., Niemeg..., Vuil..., Gir..., Mauj... Charles, Mauj... Henri, Delo..., Colom... Louis, Le Brass..., Goehn..., Dalig..., Drap...

Dans le service de M. le professeur Fournier, dont le département du cuir chevelu m'était alors confié, 13 *enfants*. Les nommés Dumarth..., Ackerm..., Karpins..., Chop..., Bran..., Wes..., Quir..., Bail..., Haur..., Sch..., Craus..., Perri..., Mahl...

Dans divers services, les 8 *autres enfants :* Huth..., Steng..., Bas..., Heiligens..., Dro..., Math..., Vaiss..., Chen...

Comme aucun des enfants ne devait réintégrer l'asile sans passer par mon contrôle, je les ai tous revus vers l'époque de leur guérison et j'ai pu ainsi me rendre compte de l'efficacité des divers traitements employés et de la durée moyenne que mettent pour la guérison de la teigne tondante les procédés actuels.

Avant de donner les résultats obtenus, je dois ouvrir une parenthèse au sujet de la difficulté réelle que l'on éprouve à établir en toute certitude la guérison de la teigne.

A. — *Certificats de guérison.*

J'ai déjà signalé à quel point, lors de mes premiers examens à l'Asile Lambrechts, les plaques étaient petites, cachées et difficiles à découvrir. — Sans un examen très prolongé et très minutieux la moitié de ces cas m'auraient échappé.

Or, cette difficulté s'est rencontrée pendant toute l'évolution de l'épidémie ; c'est à elle qu'il faut, je crois, imputer la plupart des faits qui vont suivre.

Prévenu par l'expérience acquise, j'ai apporté le plus grand soin dans l'examen des premiers enfants qui ne sont venus porteurs d'un certificat de guérison et j'ai pu constater cliniquement et histologiquement la présence de petites plaques encore en voie d'évolution. Il s'agissait de guérisons « apparentes » mais non réelles. Or ces faits se sont dans la suite fréquemment reproduits.

Je crois utile de décrire, en quelque mots, la méthode que j'ai employée et qui m'a le plus souvent servi pour découvrir des cheveux malades chez des enfants prétendus guéris :

1° Couper les cheveux courts au commencement de la semaine. Nettoyer aussitôt après, et ne plus toucher au cuir chevelu pendant le reste de la semaine. Ne faire ni toilette, ni savonnage.

2° Examen au huitième jour. S'il est négatif, même traitement pendant la deuxième semaine.

(1) Le petit Charles J... n'est point compté.

3° Second examen. S'il est négatif : couper une troisième fois les cheveux courts puis nettoyer aussitôt et rester cette fois deux semaines sans toucher au cuir chevelu.

4° Troisième examen définitif.

Je me suis rendu compte que cette méthode est nécessaire. Dans presque tous les cas, il avait été recommandé aux enfants en période d'observation de se laver, de se nettoyer la tête chaque jour en se tenant très propres ; aussi, les parents, soucieux de voir leur enfant guéri, exagéraient les prescriptions et administraient de véritables frictions.

Le résultat immédiat d'une telle pratique est la cassure, la disparition du ou des rares cheveux malades qui peuvent rester encore, et, à ce compte, la période d'expectation, durerait-elle plusieurs mois, ne permettrait pas de trouver de cheveux atteints.

Au contraire, les enfants soumis à mon système d'observation me présentaient des têtes à point pour le mieux de l'examen, et les cheveux malades avaient eu le temps de pousser et de se laisser voir.

Mais la méthode ne fait pas tout. Il est d'autres conditions, assujettissantes il est vrai, mais absolument nécessaires.

Le médecin qui signe un certificat de guérison doit être pénétré de la responsabilité qui lui incombe. L'enfant auquel il délivre à tort un certificat de guérison rentre dans la vie commune, dans son école et y propage la teigne. *Je suis convaincu pour ma part que c'est là en grande partie la raison de l'infection d'un si grand nombre d'écoles* (1).

Le médecin devra donc joindre, à une très grande habitude de la teigne, le souci de certifier juste. Il devra mettre à ses recherches un soin extrême ; examiner lentement et longuement d'abord les points glabres, le pourtour des cicatrices, les points irrités, puis passer en revue minutieusement tous les points du cuir chevelu. L'examen définitif, celui qui ne doit être fait qu'après un mois d'observation bien comprise, devra être tout particulièrement prolongé.

Que l'on agisse toujours ainsi et l'on se rendra compte de la durée très grande des teignes, de l'existence d'une longue période terminale, et cela, quels que soient les traitements employés.

B. — *Durée des traitements employés.*

C'est de l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis que me sont venus dès les premières semaines *les premiers enfants* certifiés

(1) Il y a quelques mois, je fus appelé à examiner les enfants d'un asile à Neuilly ; sur quarante enfants, je découvris huit cas de teigne. Or, l'enquête désigna comme origine de l'épidémie, l'entrée dans l'école d'un des quarante-deux teigneux de l'asile Lambrechts.

guéris et au bout *de deux mois* ceux qui avaient été placés là m'étaient presque tous revenus.

Après avoir trouvé, grâce à la méthode de recherches que je viens d'exposer, des cheveux malades chez ces enfants et ne pouvant pas leur permettre de réintégrer l'asile Lambrechts, je dus m'occuper de la suite de leur traitement. Quelques-uns sont restés sous ma direction, deux sont entrés dans le service de M. Hallopeau, les autres ont été repris à l'école des teigneux. Les mêmes faits se sont reproduits dans la suite, c'est ainsi que les mêmes enfants ont été traités à plusieurs reprises à l'école.

Manj... Henri et Bli... Armand y comptent quatre séjours; Manj... Charles, Bli... Henri, Kun... et Gir..., trois séjours; Guesn..., Reis, Berj... et Niémeg..., deux séjours, la durée de chaque séjour a été en moyenne de 52 jours.

Mais voyons le temps qu'il a fallu pour obtenir la guérison complète de tous les malades, en considérant l'ensemble des traitements.

Les traitements ont commencé il y a 15 mois. Or voici à ce jour, sous forme de tableau, la situation exacte des 42 enfants :

1° *Guéris :* 18 (âge moyen : 12 ans et 4 mois). — Drap..., Wes..., Quir..., Haur..., Math..., Dumarth..., Ackerm..., Karpins..., Berj..., Vaiss..., Gir..., Math..., Joehn..., Colom... Louis, Perri..., Bas..., Heiligens..., Mahl...

2° *Probablement guéris :* 7. — Enfants que j'ai suivis pendant très longtemps, mais qui ont disparu vers la fin de leur traitement, avant d'avoir subi mon examen définitif : Zim..., Chop..., Dro..., Chen..., Delo..., Kun..., Niemeg...

3° *En traitement :* 17 (âge moyen : 15 ans et 2 mois). — Ainsi répartis :

a) *École des teigneux. 6 enfants :* Quesn... et Reis...; Mauj... Charles et Bli... Henri; Mauj... Henri et Bli... Armand.

b) *Salle Bazin. 2 enfants :* Colom... Charles (1), Steng...

c) *Sous ma direction, 8 enfants* (2) : Cua..., Le Brass..., Dalig..., Vuil..., Huth..., Bran..., Bail..., Sch...

d) Le 17e : Craus..., est soigné dans une clinique particulière.

Cette statistique donne des conclusions inattendues, elle indique qu'en quinze mois, un peu plus de la moitié seulement des enfants ont été guéris.

Si on défalque les 7 enfants disparus, nous trouvons pour 35 : 18 guéris, soit 52 p. 100 de guérison. Si on admet la guérison de ces 7 enfants, la statistique donne pour 42 : 15 guéris, soit 60 p. 100 de guérison.

La durée exacte des traitements institués est donc impossible à

(1) Avant d'entrer salle Bazin, Colom... Charles a subi un traitement à l'école.

(2) Avant de venir dans mon service, Cua..., Le Brass..., Dalig..., Vuil..., ont été soignés à l'école, et Huth..., salle Bazin.

donner aujourd'hui, puisque 40 p. 100 des enfants sont encore en traitement. Tel est le résultat brut, mais il serait certainement inexact de le généraliser.

En effet, si les enfants, au lieu de subir successivement le traitement de plusieurs médecins, avec des temps d'arrêt fort nuisibles, avaient été tenus dans une seule main jusqu'à leur complète guérison, je suis convaincu que les résultats auraient été bien différents. D'autre part, il faut considérer que, sur les 17 restant malades, il y en a plusieurs qui, sur le point d'être guéris, sont en période d'observation.

D'après certains calculs d'approximation, je pense donc que la durée moyenne aurait dû être de huit à dix mois environ. Ceci n'est qu'une estimation sans grande valeur. Quoi qu'il en soit, il demeure évident que la teigne tondante due au trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant est extrêmement longue à guérir.

Mais je désire insister sur un point important de cette question de durée :

Toutes les variétés de teigne comportent une guérison apparente et une guérison réelle ; la période pendant laquelle un malade, en raison de l'extrême limitation des lésions, paraît guéri sans l'être en réalité, période si fréquemment cause d'erreurs et à laquelle on peut donner le nom de période terminale, est plus ou moins longue. Or, j'ai constaté que le plus souvent chez nos enfants, les derniers cheveux malades offraient une résistance véritablement extraordinaire, j'en ai vu conserver, pendant six mois, un, ou deux ou trois mêmes cheveux malades, et le fait s'est produit assez souvent pour permettre de lui attribuer la longueur totale de la maladie.

IV

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE TERMINALE

Cette période terminale est décevante ! On suppose sans cesse la guérison prochaine et sans cesse le ou les cheveux malades réapparaissent; il est vrai qu'arrivé à ce degré, l'affection offre un danger minimum de contagion ; cependant l'enfant n'est point guéri ; il doit donc être retenu hors de son école.

Il résulte, dès lors, un contraste frappant entre la petitesse des lésions et le grand préjudice intellectuel et moral causé à l'enfant.

N'est-il point naturel que l'on tente d'abréger cette période et que l'on profite de l'exiguïté des lésions pour agir plus radicalement, pour détruire le parasite sans craindre de détruire les tissus qui le contiennent ?

C'est dans ce sens que, depuis quelques mois, j'ai conduit le traitement terminal de mes enfants, traitement que je me propose

d'analyser et qui consiste dans l'emploi de l'électrolyse, de l'électro-cautère, et de l'huile de croton.

Électrolyse. — J'ai employé les procédés enseignés par M. Brocq pour la destruction des poils dans l'hypertrichose (1).

Le pôle positif (plaque) est appliqué à l'avant-bras, le pôle négatif est à l'aiguille, celle-ci est en platine iridiée, très fine et nue, c'est-à-dire non entourée d'un fil de soie à quelques millimètres de la pointe.

Quand tout est prêt, on enfonce d'abord l'aiguille jusqu'au fond du cul-de-sac pileux. Il faut chercher à dépasser très légèrement le fond même du cul-de-sac. On fait alors passer le courant en déplaçant lentement le manche du collecteur. Il est difficile de préciser le nombre de milliampères qu'il faut employer, car la force de résistance des tissus est des plus variables. Ce n'est qu'après une certaine expérience qu'on obtient de bons résultats, car il faut opérer par tâtonnements. Dès qu'il se produit une douleur assez forte on arrête le collecteur et on attend un moment; puis on peut augmenter le courant, s'arrêter à nouveau et ainsi de suite. Les temps d'arrêt doivent être assez longs. Un courant faible détruit parfois autant qu'un courant plus fort à la condition d'être prolongé plus longtemps ; il offre l'avantage d'être mieux supporté par le malade. En opérant de la sorte, on voit la place blanchir autour de l'aiguille et au point de sa pénétration se dégager peu à peu en bouillonnant une fine gouttelette de sérosité. Dès que cette fine gouttelette est produite, on ramène le collecteur à zéro et on retire l'aiguille avec la pince. On enlève ce qu'on peut du poil, et on nettoie avec de l'alcool à 90°. L'opération est terminée.

Cinq à six jours après, la croûte produite tombe et laisse une petite cicatrice insignifiante. Il ne faut pas opérer les poils malades trop voisins ; ce procédé ne peut guère s'employer que pour des plaques composées au maximum de 6 ou 8 poils malades.

Il faut préparer la place à opérer, c'est-à-dire laisser si possible pousser légèrement les poils malades. L'aiguille sera mieux introduite si on peut la glisser le long de la tige pilaire.

Ce procédé à le défaut d'être long, difficile à employer et ses résultats ne sont point toujours certains. Pour trois poils opérés, deux seulement en moyenne seront détruits. Les enfants sont rarement réfractaires, la douleur n'étant point trop vive. La cicatrice est en général insignifiante et si elle se voit elle est toujours très lisse et unie.

Électro-cautère. — Il faut employer la plus fine des pointes du cautère, chauffer au rouge sombre et, après s'être rendu compte de la direction du poil malade, piquer d'un coup rapide en enfonçant très

(1) Brocq. *Trait. des mal. de la peau.*

profondément la pointe ; il y a intérêt à dépasser le fond du cul-de-sac pilaire. Puis on attend un instant et on repique à nouveau, exactement au même point. En faisant cette seconde piqûre on a moins d'insuccès; le rouge de la pointe atteint directement le fond, tandis qu'à la première piqûre elle y arrive peut-être en partie éteinte, en tout cas moins active, ayant déjà cautérisé tout le trajet.

Ce procédé est rapide, facile à employer, deux poils sur quatre seront détruits en moyenne, mais la cicatrice, bien que minuscule, est un peu plus visible qu'avec l'électrolyse et le procédé est plus brutal.

Huile de croton. — Cette substance a été pendant longtemps fort mal employée. En usage dans certaines écoles et pensions (surtout ecclésiastiques) elle a été souvent cause de cicatrices indélébiles considérables. C'est ainsi que j'ai bien des fois observé des ulcérations énormes, dues à des applications immodérées d'huile de croton. Aussi, était-il naturel de réagir énergiquement contre l'emploi inconsidéré de ce caustique, c'est ce qu'on fit à l'hôpital Saint-Louis; mais on le fit si bien que maintenant il semble falloir quelque courage pour oser en préconiser l'emploi.

Pour ma part, *à condition d'en réglementer l'usage*, je crois que cette substance mérite d'être réhabilitée; elle est largement employée dans certaines cliniques à l'étranger; elle peut rendre de grands services. Les agents actifs de la thérapeutique dermatologique ne sont-ils pas nuisibles pour la plupart, quand ils sont mal employés. Qui penserait à rejeter l'acide chrysophanique sous prétexte des graves complications que cette substance produit entre des mains inexpérimentées ?

Dès l'année 1889, dans le service de mon maître, M. Vidal, j'ai étudié l'emploi de ce caustique et voici les règles auxquelles je me suis arrêté :

L'huile de croton doit être considérée plutôt comme un agent destructeur que comme un médicament curateur, mais il faut tenir compte et savoir profiter de ce fait qu'on peut réglementer plus ou moins le degré de destruction, et que quelques-uns des poils malades, dans le nombre de ceux touchés par l'huile, paraissent véritablement guéris sans être détruits. Aussi, peut-on employer ce caustique pour des plaques assez grandes, atteignant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. *Jamais dans aucun cas il ne faut s'en servir pour de plus grandes plaques.*

D'autre part, il est inutile d'employer le procédé lorsqu'il n'y a qu'un ou trois cheveux ; car, dans ce cas, il est beaucoup moins sûr que l'électrolyse ou l'électro-cautère et leur cède donc le pas.

Nous trouvons en résumé, comme contre-indication, la dimension des plaques trop grandes ou trop petites.

L'huile de croton est tout à fait indiquée, au contraire, pour des

plaques variant de 5 millim. à 1 centim. de diamètre. Dans ce cas, en agissant avec prudence on ne déterminera que de petites cicatricules, très peu visibles.

Mode d'emploi. — L'huile pure est préférable, mais on peut employer les crayons mitigés. Avant toute chose il faut établir en principe qu'on agit toujours plus violemment qu'on ne le croit, que la gouttelette d'huile déposée étend son action au delà des limites prévues. Aussi doit-on, par une première opération prudente, tâter la résistance des tissus qui est très variable suivant les individus. Il existe, en effet, une véritable idiosyncrasie pour l'huile de croton. Les tempéraments lymphatiques qui suppurent facilement supportent mal ce caustique et, par contre, certains cuirs chevelus résistent admirablement. On commence donc par appliquer une goutte d'huile, on laisse quelques secondes, puis on essuie vigoureusement avec de l'ouate hydrophile. D'après l'irritation produite au deuxième ou troisième jour, on se rendra compte du degré de résistance, et dans les opérations successives on agira en conséquence, en laissant la goutte d'huile séjourner plus ou moins longtemps. On pourra s'ingénier à faire pénétrer l'huile directement dans le follicule pileux, après épilation.

Il se produira ainsi une folliculite assez légère et l'opération sera répétée dès qu'après la chute des croûtes, l'inflammation aura disparu.

Lorsqu'il ne restera que deux ou trois poils malades, on aura recours à l'électrolyse ou à l'électro-cautère.

Choix des procédés. — En résumé, à la période terminale, comportant deux ou trois poils malades, l'électrolyse est le traitement de choix pour la clientèle de ville.

L'électro-cautère est préférable à l'hôpital.

L'huile de croton sera employée pour des plaques variant de 5 millim. à 1 centim. de diamètre.

Ces divers procédés laissent des cicatrices, cela est vrai, mais l'important est d'établir leurs dimensions réelles.

Or, par l'électro-cautère et surtout par l'électrolyse, ce sont des cicatricules presque invisibles. Souvent il m'est arrivé de ne pouvoir retrouver des points opérés. Avec l'huile de croton, les plaques traitées étant plus grandes, on risque de produire des cicatrices plus visibles, encore celles-ci sont-elles très inférieures à ce qu'on pourrait croire. D'ailleurs, plus on sera prudent, moins elles se produiront, enfin elles paraissent nettement diminuer avec le temps.

Ces cicatrices ainsi réduites n'offrent aucune importance. Quel dommage peut causer un point blanc, si petit qu'il faut le chercher pour le voir ? Je n'hésiterais pas à me montrer plus hardi encore chez les filles que chez les garçons, une cicatrice minime étant tout à fait négligeable dans une chevelure de femme.

En regard de ces inconvénients, il faut opposer l'avantage de gagner plusieurs mois de traitement, ce bénéfice est réel.

Parmi les enfants de l'asile Lambrechts, il est à noter que les premiers réellement guéris : Dumart..., Acker..., Karp..., Wes..., et Guir..., ont été précisément traités, dès le licenciement de l'asile, par l'huile de croton. Aucune cicatrice ne leur en est restée. La durée de leur traitement a été de 3 à 5 mois.

CONCLUSIONS

L'étude de l'épidémie de l'Asile Lambrechts et mes observations antérieures et collatérales m'autorisent à faire les conclusions suivantes :

1° *L'affection produite par le trichophyton mégalosporon endothrix à mycélium résistant est rebelle, elle peut durer plus de 2 ans.*

2° *La durée du traitement de la teigne pour obtenir la guérison complète ne peut être, actuellement, quels que soient les procédés en usage, réduite à moins de 8 mois.*

3° *La guérison réelle de la teigne est difficile à déterminer, aussi les certificats délivrés à tort se rencontrent-ils assez souvent. Telle est la raison probable de la diffusion et de la ténacité de la maladie, principalement dans les écoles.*

4° *L'utilité s'impose, pour la délivrance des certificats, d'une période d'observation fort longue et spécialement réglementée.*

5° *L'évolution de la teigne comporte une période terminale caractérisée par la présence de plaques minuscules de 1 ou 3 poils malades ; cette période terminale est parfois extrêmement longue et rebelle. Il est du plus grand intérêt de l'abréger.*

6° *On peut y parvenir par le traitement destructif des poils malades au moyen de l'électrolyse, de l'électro-cautère et de l'huile de croton.*

Ce traitement doit être prudemment conduit selon des indications et contre-indications précises. Les cicatrices, quand elles sont visibles, sont minuscules et de peu d'importance.

Je ne veux point terminer sans rappeler à quel point l'histoire de l'épidémie de l'Asile Lambrechts vient corroborer un grand nombre des faits énoncés par M. Sabouraud. Au point de vue clinique et histologique, les caractères de la teigne que je viens d'étudier sont absolument calqués sur ses descriptions. Ce sont des caractères dont l'ensemble est presque pathognomonique. Je dois dire que, pour ma part, huit fois sur dix, par la clinique seule, le diagnostic des teignes m'apparaît des plus simples. Je ne puis comprendre comment certains auteurs des plus distingués, comme Rosenbach par exemple, se refusent à accorder quelque valeur aux caractères différentiels établis par M. Sabouraud.

SYPHILIS FAMILIALE

Par MM. **Spillmann**, professeur à la Faculté de Nancy, et **G. Etienne**, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Depuis quelque temps, on a attiré l'attention sur les formes de contamination familiale dans la syphilis ; nous avons eu l'occasion d'en observer quelques cas exceptionnels que nous allons rapporter.

Dans la première observation, nous trouvons la coïncidence très rare d'un CHANCRE EXTRAGÉNITAL CHEZ LES DEUX CONJOINTS.

OBS. 1 — L..., mari, employé à la compagnie de l'Est, s'est présenté à la Clinique en juin 1893, porteur d'un *chancre du menton* en voie de réparation. Cette lésion avait débuté six semaines auparavant et il en attribue très nettement l'origine à une coupure chez son barbier.

Au moment de l'examen, on constate la présence du côté droit du menton d'un tubercule à bords élevés, creusé en son centre, à fond cicatrisé, à base fortement indurée et présentant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Volumineux ganglions sous-maxillaires ; trace de roséole sur la paroi antérieure du thorax ; quelques papules disséminées à la région cervicale et sur le dos.

Traitement par les frictions mercurielles.

Depuis cette époque, nombreuses éruptions papuleuses ; pseudo-psoriasis palmaire pendant cet hiver ; avril 1893, quelques papules squameuses.

Huit mois après le premier examen, sa femme, porteuse de journaux, arrive au service avec un *chancre du mamelon* typique, ayant débuté quatre semaines auparavant, sous le mamelon gauche, par un petit bouton qui s'est progressivement agrandi. On est en présence d'un chancre en feuillet de livre, sa portion inférieure s'étendant sur l'aréole en forme de croissant à convexité vers le bas ; sa portion supérieure entoure la demi-circonférence inférieure du mamelon, qui est fortement entamé.

L'ulcération est très superficielle, à fond assez lisse, suintant ; induration légère, mais manifeste.

Ganglions axillaires gauches indurés.

Pas de lésions secondaires.

Cette femme a de son mari trois enfants très bien portants ; antérieurement elle avait eu une fausse couche provoquée par un effort très violent. Le dernier enfant a 4 ans ; elle l'a nourri au sein : *Depuis lors, elle n'a donné le sein à aucun enfant.*

Le mari avoue des caresses *ab ore*.

Traitement par les injections de thymolacétate de mercure, 1 centim. cube par semaine, commencé le 19 janvier.

Le 30 janvier, roséole légère, surtout accusée sur les cuisses ; papules à la partie postérieure du cou ; adénite généralisée. (cervicale, épitrochléenne), hypertrophie très considérable de la rate. Quelques condylomes muqueux de la bouche.

Le traitement est régulièrement suivi ; le 13 mars, la cicatrisation du chancre est complète ; aucun accident secondaire apparent. On prescrit KI. 1 gr. par jour.

Relevons encore dans ce fait, la rareté du syphilome primitif du mamelon contracté en dehors de l'allaitement.

Obs. 2. — Contamination rétrograde dans une famille, a la deuxième génération.

Une jeune fille épouse, à Paris, un sujet syphilitique qui la contamine rapidement. De ce mariage naît, à peu près à terme, un enfant du sexe masculin, porteur d'accidents spécifiques. Cet enfant est envoyé à la campagne où il est allaité par sa grand'mère qui venait justement de sevrer son propre enfant. Celle-ci contracte un *chancre du sein*, suivi d'accidents secondaires génitaux, et infecte à son tour son mari.

Ce sont ces deux derniers malades que nous voyons à l'hôpital civil ; l'enfant est mort sur les entrefaites.

La grand'mère n'a eu que quelques papules rapidement disparues par le traitement mercuriel. Le grand-père, au contraire, âgé de 62 ans, alcoolique, a eu une forme secondaire très sérieuse : éruption papuleuse généralisée sur tout le corps, état d'asthénie profonde, grand affaiblissement. Malgré un traitement très énergique par les frictions, de nouvelles poussées se produisent, puis survient une iritis spécifique grave. Tous ces accidents ne cèdent que devant des injections de peptone mercurique.

Le malade quitte le service après deux mois de séjour.

Il est revu deux ans plus tard à la consultation externe; il n'a plus suivi de traitement depuis quelque temps.

Il est porteur d'ulcères des jambes, présentant bien l'aspect des ulcérations tertiaires ; il se plaint aussi de céphalée intense, de vertiges.

On prescrit le retour au traitement mercuriel et ioduré.

Obs. 3. — Analogue à la précédente, et communiquée par le Dr Lerond (de Beaugée).

Mme P... est atteinte d'un mal de gorge depuis quatre ou cinq semaines, Peu de temps avant le début, elle avait eu un *chancre de la lèvre inférieure*, actuellement guéri, et suivi d'une roséole sur tout le corps ; petites ulcérations à la vulve et entre les orteils.

Cette femme avait, depuis quelque temps, la visite de sa fille habitant Paris. Celle-ci avoua qu'elle sortait de l'hôpital où elle avait été traitée pour la syphilis ; sa mère avait présenté les premiers symptômes quelque temps après son arrivée, et elle-même avait des plaques muqueuses dans la bouche.

La contagion s'était très probablement faite par un objet de cuisine.

M. le Dr Lerond n'avait pas manqué de faire à la famille les recommandations habituelles en semblable cas, mais il était trop tard, car quatre ou cinq jours après cette première visite, M. P..., ancien gendarme, âgé de 65 ans, voyait débuter un *chancre du prépuce ;* il eut tous les accidents classiques, roséoles, papules muqueuses, etc. ; et, au bout de cinq à

six semaines, il avait de l'iritis syphilitique, assez rapidement guérie sous l'influence du traitement.

Obs. 4. — Mme N..., 69 ans, a une fille mariée à Paris, qui lui amène un enfant de 7 mois, couvert d'accidents secondaires, pour l'élever à sec. On prévient cette dame du danger de contamination, lui rappelant l'observation publiée par moi, d'un chancre de l'amygdale survenu chez une grand'-mère qui, avant de donner le biberon à son petit-fils, introduisait l'embout en caoutchouc dans sa bouche pour s'assurer de la température du lait.

Malgré ces recommandations, les précautions ne furent pas prises, et deux mois environ après l'arrivée de l'enfant, on constatait l'existence d'un syphilome au niveau de la *commissure labiale* du côté gauche. La malade, déjà très débilitée par une affection cardiaque compliquée d'albuminurie, présenta des syphilides tuberculeuses de la peau au bout de quelques mois et succomba à une broncho-pneumonie.

Obs. 5. — N..., ancien militaire, âgé de 32 ans, a été atteint de syphilis il y a deux ans. Il se marie présentant encore des accidents secondaires de la muqueuse buccale : syphilides érosives des lèvres, de la gorge, de la langue.

Un mois après, sa femme se présente, portant au niveau du *lobule du nez* une papule de l'étendue d'une lentille, qui ne tarde pas à s'étendre et à présenter le volume d'une pièce de 2 francs, à couleur chair musculaire à base indurée; en même temps se développait de l'adénopathie sous-maxillaire.

Cette femme a présenté successivement une série d'accidents secondaires. Elle a avoué que son mari prenait un malin plaisir à lui lécher le nez pendant qu'il lui faisait la cour.

SUR UN CAS
DE VITILIGO, DE LICHEN RUBER PLANUS ET DE NÉVRODERMITE CHRONIQUE CIRCONSCRITE

Par le Dr **Édouard Welander**, de Stockholm.

E. L..., âgé de 24 ans, ouvrier en fer, né de parents sains, pas de dispositions héréditaires; n'a jamais été malade, n'a pas même eu les maladies ordinaires des enfants telles que la rougeole et la scarlatine; n'a jamais eu la syphilis. Vigoureux et bien taillé, il n'a jamais eu aucune affection avant d'être atteint d'un accident assez grave le 7 août 1892. A cette occasion, il était à bord d'un bateau-omnibus qui chavira. Tous les passagers, lui compris, tombèrent à l'eau, et il y en eut beaucoup de noyés. Quant à lui, il fut tiré en bas trois fois par des camarades d'infortune qui cherchaient à s'accrocher à lui, mais, enfin, il fut sauvé. Retiré de l'eau, il eut des tremblements violents, se sentit tout autre qu'il ne l'avait été auparavant, devint irritable et emporté. Le soir même de l'accident, lui qui avait toujours eu l'esprit calme et insoucieux, s'emporta violemment à propos d'une bagatelle et eut de violentes attaques de nerfs qui duraient une demi-heure. Cette irritabilité et cet emportement ont persisté; et il est souvent arrivé qu'après être entré en fureur pour un motif des plus futiles, il a eu de violents tremblements. Depuis ce temps, il est en outre anxieux et impressionnable, et une cause assez insignifiante peut le faire tressaillir et trembler. Au demeurant, il s'est senti tout à fait bien portant, excepté les altérations de la peau. Déjà un mois après l'accident, il s'est aperçu à la main gauche d'une tache blanche et arrondie; peu à peu de pareilles petites taches blanches et arrondies ont commencé à paraître sur différentes parties du corps. Comme elles n'étaient le siège d'aucun prurit, ni ne l'incommodaient en aucune manière, il n'en a pas observé le développement, et par conséquent il ne peut ni rendre compte de leur croissance, ni de l'apparition d'un nombre de taches foncées se trouvant soit autour des taches blanches, soit isolées.

Jusqu'en septembre 1893, il n'a éprouvé aucun prurit, et il n'a pas non plus aperçu d'éruption cutanée (à l'exception de ces altérations de coloration). Mais alors il a commencé à éprouver, à un endroit circonscrit de la face externe de la jambe droite, un prurit qui est devenu si intense qu'il n'a pu s'empêcher de se gratter à cet endroit, presque sans cesse. Bientôt des altérations de la peau ont commencé à se manifester, de petites papules dures ont paru, se localisant à cette plaque prurigineuse. Peu à peu il s'est développé là une surface cutanée fort prurigineuse, squameuse, un peu saillante et rugueuse, laquelle, depuis, s'est étendue avec beaucoup de lenteur. Au dire du malade, il n'y a jamais eu de suintement. Il dit qu'à l'apparition de cette tache, il n'y avait, dans tout son contour ni taches non pigmentées, ni taches à pigmentation exagérée, et que les taches qui s'y trouvent maintenant se sont produites dans les derniers

temps. En outre, il raconte que, peu à peu, il a commencé à remarquer une autre éruption de petites papules disséminées çà et là sans ordre aucun, et qui devinrent le siège de démangeaisons assez intenses. Il dit qu'à ces points, l'éruption a précédé le prurit (s'il en a été de même d'une plaque circonscrite à la partie inférieure du dos, voilà ce qu'il ne saurait dire). Au mois de décembre dernier, il consulta un médecin qui prescrivit de l'arsenic, remède qu'il prit pendant quelque temps sans en éprouver pourtant aucun soulagement réel, ce qui fit que, le 15 janvier 1894, il demanda à être reçu à l'hôpital de Sabbatsberg, où il fut traité par l'arsenic jusqu'au 14 février. Pendant ce temps, le prurit diminua ; une partie des petites papules discrètes et saillantes disparurent, laissant après elles des taches à pigmentation exagérée. L'infiltration de la jambe gauche diminua très peu ; les altérations de la coloration de la peau ne diminuèrent pas.

C'est alors que, le 17 février, le malade demanda à être reçu à l'hôpital de Sank-Göran.

État présent, le 26 février 1894. Le malade, fortement constitué et ayant bonne mine, est fort nerveux, mais, au demeurant, il se sent bien portant. Il s'emporte et s'effraye facilement, et alors il a une crise nerveuse plus ou moins longue, quelquefois d'une demi-heure. Il se plaint de démangeaisons souvent assez pénibles, surtout à la jambe droite. Quant aux sens, ils sont sans altération : mobilité, sensibilité, tous les réflexes normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni cylindres.

Sur la peau, il y a quantité de taches non pigmentées, presque blanches comme craie, ainsi que des plaques plus ou moins fortement pigmentées. Les taches blanches sont de dimensions différentes ; pour la plupart elles sont arrondies ou ovales ; en quelques endroits les contours sont très irréguliers, et ici on peut clairement voir que la plaque est le résultat de la confluence de plusieurs taches croissantes. Ces taches ne sont pas prurigineuses, et, au demeurant, la peau est toute normale. En quelques endroits, aux bras, par exemple, la peau entourante est pigmentée d'une manière tout à fait normale ; en d'autres, au cou, au scrotum, aux creux poplités, elle est brune, presque noire !

Ces taches non pigmentées sont assez symétriquement disséminées sur le corps. Ainsi il y a une pareille petite tache blanche à chacune des paupières supérieures et sous chacune des paupières inférieures. Autour du cou plusieurs taches arrondies ou irrégulières, plus ou moins larges, nettement distinctes des parties voisines qui, à cet endroit, présentent une pigmentation exagérée. Aux deux aisselles : plusieurs petites taches pareilles, dont tous les poils sont d'une coloration foncée. Au bras, quelques petites taches ; aux avant-bras, par contre, surtout à la partie postérieure et à la partie externe, de grandes taches blanches, irrégulièrement conformées, formant ici un contraste assez insignifiant contre la peau environnante dont la coloration est tout à fait normale. Quelques taches assez petites aux mains. A la poitrine et à l'abdomen, il n'y a pas de taches non pigmentées ; l'ombilic seul (pas l'entourage) est blanc comme la craie. A la partie supérieure du dos, il n'y a pas de taches non pigmentées, seulement vers les reins paraissent quelques taches blanches fort grandes, en partie de conformation irrégulière.

A la rainure interfessière, il y a aussi des taches presque noires, dans l'une d'elles de petites taches blanches comme craie. La région autour de l'orifice anal est occupée par une surface blanche comme craie en forme d'entonnoir, divisée en deux parties par une mince strie brunâtre qui s'étend de côté et d'autre à travers cette zone blanche jusqu'à la muqueuse de l'orifice anal, laquelle a une coloration tout à fait normale, formant un fort contraste tant avec l'entourage blanc qu'avec l'entourage noir. Tous les poils des plaques blanches sont ici tout blancs ; aux autres points ils sont noirs. Aux fesses, quelques taches assez petites. A la face droite du scrotum, une tache blanche comme craie ayant 7-8 centim. de longueur, 3 centim. de largeur ; les parties environnantes du scrotum sont d'un noir brunâtre. Tous les poils de cette tache blanche, à l'exception d'un seul, sont noirs ; c'est la seule tache non pigmentée où le malade a éprouvé et éprouve toujours des démangeaisons ; ici pas d'effets de grattage. Taches disséminées non pigmentées aux cuisses, à la région des creux poplités, où il y a aussi des plaques à pigmentation exagérée ; qui plus est, le creux poplité droit est en grande partie occupé par une surface cutanée brun noirâtre, dans et autour de laquelle il y a de petites taches pigmentées. Petites taches à la jambe gauche et au pied.

A la partie externe de la jambe droite une grande tache blanche ayant environ les dimensions de la paume avec taches petites ou grandes, blanches ou noires, dans l'entourage. La plus grande fraction de cette partie présente une peau fort altérée ; en cet endroit le malade éprouve depuis plusieurs mois des démangeaisons fort vives, limitées à la partie épaissie. Cette dernière partie se compose proprement de quatre à cinq plaques moins grandes et presque confluentes, entre lesquelles on voit quelques très petites parties où la peau est comparativement normale. En tout, cette surface cutanée altérée a une longueur de 12 centim. et une largeur de 6 centim. La partie centrale ou, plutôt, les parties centrales sont un peu saillantes, inégales, avec quantité de petits sillons nettement marqués, dont quelques-uns sont disposés en rectangles presque réguliers, tandis que d'autres forment de petits losanges ; çà et là une saillie papillaire brunâtre ; presque partout, surtout aux sillons, une légère desquamation (de fines squames blanches fort adhérentes). Aucune trace de suintement. Cette partie est d'un rose pâle, à l'exception de quelques petits endroits de la partie externe qui sont d'un noir brunâtre. La peau de cette partie est fort épaissie et infiltrée. Aux environs de cette plaque, il y a çà et là de petites papules un peu acuminées, plus ou moins isolées et qui n'ont aucune relation avec les follicules pileux. En dedans et en dessus, cette surface cutanée infiltrée est entourée de taches de vitiligo, à la partie externe il y a des taches irrégulières d'un brun noirâtre, dont quelques-unes avoisinent cette partie infiltrée, tandis que d'autres l'envahissent ; à l'exception de la pigmentation différente, cette partie ne présente pas en ces petits endroits la plus petite différence avec les autres parties. Dans ces plaques pigmentées de noir, en dedans et en dehors de la plaque d'infiltration, il y a de petites taches non infiltrées.

Une plaque d'infiltration pareille et présentant le même aspect que la plaque décrite ci-dessus, quoique moins développée, se trouve aussi au-

dessus des reins, composée celle-là aussi de plaques non pigmentées ou à pigmentation exagérée. Ici le malade souffre depuis des mois de démangeaisons fort intenses, mais il ne peut pas dire si les démangeaisons ont précédé l'apparition de la partie infiltrée ou non. Des apparences de telles plaques d'infiltration existent aux deux creux poplités. A la fesse gauche il y a une plaque un peu infiltrée et de pigmentation exagérée, ayant la grosseur d'un œuf de pigeon, à sillons nettement marqués, formant des losanges ; aux environs de cette partie, des papules discrètes.

A l'exception de ces altérations de la peau, on trouve disséminées, surtout au tronc et aux cuisses, une multitude de taches pigmentées de brun et dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle ou d'une lentille jusqu'à celui d'une fève ; par places ces taches sont presque enfoncées sous le niveau de la peau. Pas même dans la plus grande de ces taches on ne peut s'apercevoir de la moindre infiltration de la peau ; nulle part on ne voit ces sillons losangés qu'ont les parties infiltrées circonscrites. Çà et là, on voit des taches brunes ayant la partie centrale lisse, en quelque façon enfoncée, avec de petites papules agglomérées à la périphérie. Çà et là on voit aussi quelques petites papules jaunâtres ou brunâtres, brillantes, dures et plates, plus ou moins polygonales.

Nous trouvons donc ici de considérables altérations de la peau présentant un aspect extrêmement différent. Maintenant il reste à savoir parmi quelles formes pathologiques ces altérations sont à ranger. Peut-on trouver quelque chose de commun sous un ou plusieurs rapports avec ces affections cutanées si différentes ?

Ce dont on vient le plus facilement à bout, ce sont ces dyschromies ; dans lesquelles, à l'exception de la coloration altérée, la peau est toute normale. Il ne souffre pas de doute que nous avons ici affaire à un cas de vitiligo. Ces taches arrondies, non pigmentées, se développant peu à peu, çà et là entourées de taches à pigmentation exagérée, où nous trouvons la peau gardant toute sa sensibilité, sans la moindre infiltration, nous autorisent pleinement à exclure des maladies comme la lèpre, la sclérodermie dans lesquelles de pareilles dyschromies peuvent aussi se rencontrer.

La plaque circonscrite infiltrée, fort prurigineuse à la jambe droite, présente trop des caractéristiques de la névrodermite chronique circonscrite de MM. Brocq et Jacquet pour qu'on puisse s'y méprendre.

D'après MM. Brocq et Jacquet, cette affection cutanée présente les caractéristiques qui suivent :

1° Le nervosisme des sujets ;

2° Le prurit constant dominant la scène morbide ; ce prurit précède l'éruption cutanée ;

3° L'apparition d'une éruption cutanée circonscrite, correspondante à la partie de la peau même où le prurit s'est manifesté d'abord ;

4° L'apparition dans les cas typiques et rares de trois zones différemment développées de cette éruption cutanée ;

5° La sécheresse absolue de l'éruption;

6° Des saillies papuleuses, disséminées çà et là dans une surface cutanée infiltrée, et qui présente une multitude de sillons nettement accentués, souvent s'entrecroisant en carrés plus ou moins réguliers; quelquefois les sillons sont plus irrégulièrement parallèles; on dirait que ces sillons sont tracés sur de la cire molle, par la pointe d'une fine aiguille ;

7° La chronicité de l'affection et sa tendance aux récidives.

Excepté que, dans le cas décrit par moi, les trois zones typiques ne sont pas nettement accentuées (ce qui, du reste, ne se rencontre que dans des cas rares tout typiques et plus développés), il n'y a pas une seule des caractéristiques précitées, qui ne cadre avec la plaque d'infiltration de la jambe droite. Il n'y a donc pas le moindre doute, il nous semble, que cette affection cutanée doit être regardée comme une névrodermite chronique circonscrite.

La plaque d'infiltration au bas de la région lombaire doit certainement se rapporter à la même affection, quoique, ici, le processus ne soit pas si avancé. A cette forme pathologique, il faut aussi rapporter les plaques circonscrites aux creux poplités, ainsi que les plaques à pigmentation exagérée aux fesses, dans lesquelles on voit des sillons losangés fort nettement accentués.

Mais il y a encore bien d'autres altérations de la peau qu'on ne saurait y rapporter : ces papules isolées, rouges, jaunes, dures, plates et brillantes, ainsi que cette multitude de taches à pigmentation exagérée dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une fève et dans lesquelles on peut s'apercevoir de la moindre infiltration de la peau. Comme nous voyons ces taches disséminées, pour ainsi dire jetées çà et là; comme nous ne trouvons pas la moindre infiltration de la peau, ni même de celle des grandes plaques; comme la peau ne présente pas ces petits sillons losangés; et comme, enfin, nous y trouvons encore çà et là de petites papules dures, jaunes, plates, en partie polygonales, nous pouvons affirmer avec beaucoup de certitude, que ces petites papules et ces taches pigmentées prouvent que le sujet a été et est toujours affecté du lichen ruber planus. Ce qui parle en faveur de cette affirmation, c'est qu'en ces endroits l'éruption a précédé le prurit et que le traitement par l'arsenic a une influence fort marquée sur cette éruption, tandis que l'influence de ce remède sur la névrodermite a été très faible.

Donc nous avons affaire à un malade qui est affecté de trois affections cutanées qui, pendant les derniers dix-huit mois, se sont développées tout à fait indépendamment l'une de l'autre, en partie empiétant l'une sur l'autre, de sorte que deux de ces altérations peuvent se rencontrer dans la même partie de la peau.

Dans un cas comme celui-ci, il est bien naturel qu'on pose ces

questions : d'où vient-il que trois affections cutanées apparaissent presque simultanément sur le corps de ce jeune homme, autrefois si vigoureux et sans antécédents héréditaires? N'en pourrait-on pas découvrir quelque cause commune? Pour nous, nous ne croyons pas qu'on ait besoin d'aller chercher l'explication de ce fait bien loin.

Le mot « névrodermite » indique suffisamment que le système nerveux joue un rôle dans l'étiologie de cette affection dont le caractère principal est qu'elle s'attaque aux personnes nerveuses. Aussi les rapports des médecins parlent-ils de « crises nerveuses », etc., et comme cause sont indiquées : « violentes perturbations du système nerveux ».

Pour ce qui est de la cause du lichen planus, nous ne la connaissons pas encore avec certitude ; pourtant on assigne comme probable, la genèse névropathique de cette affection.

Quant à la cause du vitiligo, elle est obscure ; pourtant on fait valoir que cette affection cutanée semble presque toujours être « une lésion d'origine nerveuse », et l'on dit qu'elle se produit après « un violent choc », après « une émotion morale vive ».

Donc il entre dans l'étiologie de ces trois maladies, comme élément des plus essentiels, une perturbation du système nerveux, et comme cause première de cette perturbation on assigne une émotion morale vive.

C'est pourquoi, dans le cas décrit par nous, le côté étiologique nous semble être hors de doute. Ce n'est qu'après la commotion éprouvée lors de l'accident précité que se produit chez le malade le nervosisme suivi de ces trois affections cutanées qui sont, à la règle, d'origine nerveuse. Il nous semble mis hors de doute que la perturbation du système nerveux par suite de cet accident est et a été la cause des affections cutanées du malade.

Ce qui est rare, c'est qu'on puisse démontrer un rapport aussi manifeste entre une de ces affections et une « violente perturbation du système nerveux », et, ce qui est encore plus rare, sinon unique, c'est qu'on trouve d'une manière aussi évidente le rapport entre une émotion morale vive, un nervosisme en résultant, et l'apparition consécutive de trois affections cutanées aussi différentes et aussi rares que le vitiligo, le lichen ruber planus et la névrodermite circonscrite.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 14 JUIN 1894

Présidence de M. Fournier

SOMMAIRE. — Correspondance manuscrite et imprimée. — 1° Sur un cas de sclérodermie. (Discussion : M. Hallopeau.) — 2° Lichénisation du dos et des seins, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Tenneson, Hallopeau, Barthélemy.) — 1° Nævi vasculaires avec troubles trophiques consécutifs. — 2° Angiome congénital progressif, par M. Gastou. — Adénopathie suppurée au cours d'un lupus érythémateux. Présence du bacille de Koch dans le pus, par M. Leredde. (Discussion : M. Hallopeau.) — Exfoliation généralisée chez un enfant, par M. Feulard. (Discussion : MM. Raymond, Barthélemy.) — Deux cas de pellagre alcoolique, par MM. Gaucher et Barbe. (Discussion : MM. Barthélemy, Raymond, Souplet.) — Arsenicisme chronique professionnel ; kératose symétrique palmaire ; ulcérations arsenicales. Perforation de la cloison nasale, par MM. E. Gaucher et Barbe. (Discussion : M. Barthélemy.) — Périostite orbitaire hérédo-syphilitique, par M. Trousseau. — Alopécie due à la kératose pilaire, par M. Méneau. — Note au sujet d'une épidémie de teigne tondante, par M. Wickham. — Les teignes tondantes à l'École des teigneux à l'hôpital Saint-Louis par M. Béclère. (Discussion : MM. Sabouraud, Raymond, Gaucher, Barbe.)

La correspondance manuscrite comprend une lettre du Dr Dron (de Cincinnati).

Sur un cas de sclérodermie.

Par M. Du Castel.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, est atteint de sclérodermie. C'est un garçon de 20 ans, bien constitué qui, depuis deux ans, a vu se développer successivement sur la partie latérale du thorax, au niveau de la région ombilicale, au niveau du creux axillaire, à la partie supérieure et interne de la cuisse, des placards sclérodermiques. Les lésions sont limitées au côté gauche du corps ; le côté droit est absolument indemne. Il n'y a aucune modification de la sensibilité. Le centre des placards est constitué par des taches

achromiques et hyperchromiques irrégulièrement mélangées. Le pourtour des plaques est limité par un liséré rose congestif. Il me semble difficile, à première vue, d'admettre que la sclérodermie soit, chez notre malade, une variante de la lèpre, comme le professe notre collègue Zambaco. Le malade est originaire du département du Cher; il a habité quelques mois Cambrai avant de venir à Paris : je me demande où il aurait pu rencontrer sur sa route le bacille de Hansen. Je dois du reste dire qu'il n'y a pas de névrite des nerfs cubitaux. J'ai l'intention de rechercher par l'épreuve du vésicatoire suppuré s'il sera possible de démontrer au niveau des placards sclérodermiques la présence du bacille de Hansen ; mais je dois avouer que je n'ai qu'une confiance relative dans le procédé de recherche Kalindero-Démosthènes : est-ce par suite d'une application imparfaite de ma part? il s'est montré infidèle entre mes mains.

M. Hallopeau. — Le diagnostic entre la morphée et la lèpre au début paraît être des plus difficiles ; on sait qu'en Allemagne la morphée est, à tort, rattachée à la lèpre.

On peut trouver dans la lèpre des plaques achromiques avec induration appréciable, grande aréole érythémateuse et absence d'anesthésie au début, identiques par conséquent à des plaques de morphée; M. Düring, de Constantinople, nous en a communiqué récemment une observation des plus nettes : « Les symptômes, nous écrit cet éminent confrère, étaient identiques à ceux de l'observation de morphée que vous avez communiquée dernièrement à la Société. »

Il nous paraît en être de même pour le malade de M. Du Castel. Si on l'observait à Constantinople, on le considérerait vraisemblablement comme un lépreux.

Nous ne croyons pas cependant que, dans la lèpre, l'induration soit aussi prononcée. D'autre part, l'absence de tout autre signe de lèpre initiale, et particulièrement d'alopécie sourcilière, de desquamation péri-unguéale et d'épaississement du nerf cubital peut être invoquée contre ce diagnostic. Si l'examen bactériologique donne des résultats négatifs on pourra regarder l'existence d'une lèpre comme très improbable.

Lichénisation du dos et des seins.

Par M. Du Castel.

La seconde malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est une jeune femme de 26 ans, originaire de Cussac (Cantal).

Il ne semble y avoir aucun antécédent pathologique important dans sa famille; elle a cinq frères et sœurs bien portants. Dès sa première enfance, elle fut prise d'une éruption suintante et croûteuse de la face; dès l'âge de 8 ans, l'affection atteignait les mains et les avant-bras; à 14 ans, elle

envahissait les seins au niveau des mamelons. Il semble y avoir eu un maximum des lésions, l'hiver; une amélioration, l'été.

Cette malade, bien qu'aux apparences vigoureuses, n'a jamais été réglée; elle ne présente pas d'accidents nerveux ; elle habite Paris depuis un an; cet hiver, elle a fait un séjour de trois mois dans la salle Gibert, service de notre collègue Béclère, où elle a été traitée comme eczémateuse.

Actuellement, il y a un sclérème très prononcé de la face : le dos des mains, des avant-bras, la partie postérieure des bras sont le siège d'une lichénisation très prononcée; les jambes sont aussi lichénifiées. Mais les lésions sur lesquelles je désire attirer l'attention de la Société sont celles du dos et des seins, de la partie supérieure de la poitrine. A la partie supérieure du dos, du côté droit, on constate une lésion transversale de 4 à 6 centim. de hauteur s'étendant depuis l'épine dorsale jusque dans l'aisselle; à ce niveau, la peau est couverte de papules volumineuses, à sommet mousse et arrondi, brillantes, foncées, serrées les unes contre les les autres; au milieu de ces papules, on en rencontre quelques-unes plus volumineuses, d'une couleur rouge foncé; la bande malade est entourée d'une zone anémique de 1 centim. environ au niveau de laquelle la peau est remarquablement blanche et lisse. La disposition d'ensemble de la lésion par sa topographie, par sa cessation nette au niveau des épines vertébrales, rappelle absolument celle d'un zona. Sur l'épaule existe un placard lichénoïde analogue.

Deux espaces intercostaux plus bas, à la partie externe du thorax, on remarque une bande morbide allongée de 8 centim. environ de hauteur sur 3 de largeur, rappelant le placard externe thoracique des zonas intercostaux. A ce niveau, la peau, dans son ensemble, a pris la coloration blanche et l'état lisse de la zone anémique limitrophe de la grande bande supérieure : sur la peau décolorée, dépigmentée, on voit quelques papules disséminées, brillantes, mousses, volumineuses. Il y a une dizaine de jours, quand nous avons commencé à observer la malade, les papules étaient beaucoup plus nombreuses qu'aujourd'hui sur cette plaque : il semble donc que la décoloration et l'anémie de la peau soient une période de transition au cours de la guérison du processus morbide.

Sur les seins existent deux placards aux aspects analogues à la bande dorsale, même état lichénoïde, même bordure dépigmentée; le placard est plus étendu sur le sein droit que sur le sein gauche; des deux côtés, la lésion descend un bon centimètre au-dessous du mamelon et s'étend de 6 ou 8 centim. au-dessus; le grand axe de l'ovale est vertical; le petit axe, transversal : la forme générale de la lésion, parfaitement régulière. Le diamètre transversal est de 4 centim. environ.

Sur la partie supérieure de la poitrine, à la base du cou, il y avait une bande lichénoïde transversale analogue : elle est aujourd'hui affaissée et a laissé à sa place une surface lisse dépigmentée analogue à la bande inférieure du dos.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Messieurs, il m'a paru intéressant de vous présenter cette malade sur qui je suis incapable, je dois l'avouer, de mettre une étiquette

ferme. Faut-il la placer dans les eczémas à cause des éruptions suintantes qu'elle a eues? dans les lichens à cause de l'aspect lichénoïde de la plupart des lésions? dans les sclérodermies à cause de l'aspect spécial des lésions en quelques points. Je crois qu'il y a lieu d'attacher chez elle grande importance à la topographie si particulière des lésions, au sclérème de la face, à l'irrégularité de la croissance caractérisée par l'aménorrhée : nous sommes en présence d'une trophonévrose dont la nature est impossible actuellement à préciser.

M. Tenneson. — La malade que vient de nous présenter M. Du Castel est, pour moi, un cas typique d'une affection pendant longtemps méconnue, le lichen simplex. On y trouve les placards irréguliers, au niveau desquels l'épaississement et les sillons sont exagérés ainsi que la pigmentation. On y trouve aussi les lésions de grattage.

On admet ou on n'admet pas le lichen simplex. Si on l'admet, ainsi que je pense qu'on le doit faire, on ne peut nier que nous sommes là en présence d'un cas absolument typique. Le lichen simplex est une variété de névrodermie circonscrite.

M. Hallopeau. — La pigmentation est d'ordinaire exagérée dans le lichen simplex. Ici, il y a au contraire une achromie que l'on peut invoquer en faveur d'une forme anormale de sclérodermie.

M. Du Castel. — Je ne puis partager l'opinion de M. Tenneson : dans le lichen simplex, la rétrocession des lésions se fait du centre à la périphérie; le centre est sclérosé et lisse, les papules subsistent à la périphérie; chez notre malade l'évolution est inverse; les papules subsistent au centre du placard; la rétrocession se fait de la périphérie au centre.

M. Barthélemy. — Il est évidemment impossible d'indiquer un diagnostic ferme sans avoir suivi la malade. Mais je suis frappé de la disposition de l'affection en plaques dures, lardacées bien circonscrites. Ces plaques sont nettement limitées par une zone décolorée qui contraste avec la pigmentation normale de la peau environnante. Il y a même, en regardant bien, un liséré violacé, sorte de *lilac ring* à peine marqué, mais suffisant toutefois pour accepter l'idée de dermite d'origine trophonévrotique indiquée par M. Du Castel. Je ferai remarquer que le centre est rosé et plus atteint que la périphérie. J'ajoute qu'il n'y a pas de papule vraie, mais seulement une papulation très rare et tout à fait accessoire; certaines plaques très étendues en sont même tout à fait dépourvues ; enfin, l'absence de prurit me conduit aussi à rejeter le diagnostic de lichen simplex, fût-il avec névrodermite, et à admettre de préférence celui de sclérodermie en plaques disséminées, à marche aiguë et pouvant guérir spontanément après un temps plus ou moins long. L'affection d'ailleurs est encore insuffisamment caractérisée et le diagnostic ne doit être énoncé qu'avec réserve.

Nævi vasculaires zoniformes avec troubles trophiques consécutifs.

Par M. P. Gastou.

L'observation suivante nous a paru digne d'être citée, à cause des particularités suivantes :

1° La présence de nævi en placards et en traînées, siégeant aux membres inférieurs, à la verge, au voile du palais, à la main gauche.

2° Les accidents et troubles trophiques ayant apparu et évolué successivement, à la suite d'une ulcération provoquée par une piqûre de ronces (ulcères, syndactylies, atrophies).

3° La persistance depuis 18 ans de l'ulcère primitif et l'aggravation des troubles trophiques par les traitements jusqu'ici employés.

4° L'absence de toute tare héréditaire, de toute malformation, de tout trouble électro-moteur, nerveux ou viscéral pouvant expliquer la production des nævi et la bilatéralité des troubles trophiques.

L..., âgé de 26 ans, commis marchand de vins, né dans la Nièvre, présentait à sa naissance les taches que l'on constate actuellement sur son tégument.

Ces taches de couleur lie de vin et planes, sans saillies au toucher, disparaissent momentanément par la pression et affectent des formes et des dimensions irrégulières. Tantôt on les voit en larges plaques étalées, tantôt elles sont semblables à un réticulum à mailles plus ou moins larges.

Elles siègent aux membres inférieurs, sur la verge, au voile du palais, aux doigts de la main gauche. Les nappes sont prédominantes aux cuisses et aux jambes, le réticulum est marqué dans les autres points.

Aux pieds et sur l'extrémité inférieure de la jambe droite, sur les parties teintées par le nævus ou en dehors, se voient de nombreuses ulcérations et des cicatrices. Il existe en outre une atrophie marquée des deux jambes et des syndactylies unissant le deuxième et le troisième orteil de la jambe droite, le troisième et le quatrième orteil de la jambe gauche.

Les ulcérations sont peu profondes, irrégulières, déprimées, à bords non indurés, sans décollements, entourés d'un liséré rouge intense. Le fond est jaune, non purulent, sans bourgeons charnus et ne saignant pas facilement. Les bords et le fond de ces ulcérations sont très douloureux, mais tout autour, dans la zone violacée et au delà, la sensibilité semble plutôt diminuée ou normale.

Ces ulcérations siègent au pied droit : la plus importante et la première en date sur la face dorsale, au niveau de l'interligne tarso-métatarsien ; les autres, plus petites, derrière la malléole externe, au niveau du talon et de l'extrémité plantaire du gros orteil droit. Cette dernière ulcération est irrégulière, à fond déchiqueté, à bords et base indurés. D'une façon générale, ces ulcérations ressemblent à des brûlures profondes et mal soignées, à des ulcérations lépreuses. De nombreuses cicatrices, analogues à des cicatrices

lupiques ou à des brûlures, occupent le tiers inférieur de la crête tibiale et différents points du pied.

Au pied gauche, on note également des ulcérations en voie de guérison au niveau de la syndactylie et du talon.

C'est à l'âge de 8 ans qu'à la suite d'une blessure avec une épine de ronces, est apparue la première ulcération qui existe encore au niveau de l'interligne tarso-métatarsien du pied droit et a la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Les autres ulcérations se sont produites six ans, huit ans, douze ans après la première. Les syndactylies ont été la conséquence d'ulcérations siégeant à la face interne des orteils et d'adhérences consécutives, elles datent de huit à dix ans.

Les deux jambes sont atrophiées, surtout la droite. Le tégument est dur, il y a un véritable état de sclérose de la peau et des parties sous-jacentes qui forment un tout adhérent et sans glissements. La flexion plantaire du pied droit est impossible, il y a ankylose de l'articulation tibio-tarsienne droite.

Sur la partie inférieure de la jambe droite, la sécrétion sudorale est très augmentée et le malade éprouve une sensation de refroidissement. Il n'y a pas de troubles douloureux dans les membres. La sensibilité au contact, au chaud et au froid, à la douleur, aux courants électriques est normale. Il n'y a pas de réaction de dégénérescence des muscles ou des nerfs des membres inférieurs. Pas de troubles de la station, ni de la marche. Les réflexes sont normaux.

Le malade a tous ses organes sains; il est robuste, il n'a jamais eu que quelques épistaxis et des bronchites insignifiantes. Il n'y a chez lui aucune malformation organique, pas de troubles vasculaires. Aucune tare héréditaire. Pas de syphilis, de tuberculose, de malformations, de maladies nerveuses dans sa famille.

Depuis l'âge de 8 ans, les accidents qu'il a successivement présentés n'ont jamais subi d'amélioration. Un séjour aux bains de Saint-Honoré, fait il y a quatorze ans, avait au contraire aggravé son état. L'application de topiques lui est douloureuse, et, jusqu'à présent, la vaseline boriquée seule a pu le soulager.

Angiome congénital progressif d'apparence variqueuse.

Par M. P. Gastou.

Le malade dont l'histoire suit présente un angiome diffus, s'étendant au membre inférieur gauche et du même côté aux bourses et à une région située entre l'ischion et l'anus.

Cet angiome est remarquable par sa ressemblance avec des varices, et son début au moment de la naissance pourrait servir d'argument à la théorie des varices par faiblesse congénitale des parois veineuses.

X..., garçon charcutier, âgé de 26 ans, raconte qu'à 3 mois, à la suite d'une chute, apparurent au genou gauche des dilatations vasculaires sous forme d'un lacis bleuâtre. Jusqu'à l'âge de 15 ans, de nouvelles traînées bleuâtres se développèrent sur la jambe et le pied ; mais c'est surtout à partir de cet âge, jusqu'à 20 ans, que la maladie prit une extension considérable et que le pied et la cuisse furent pris totalement. A cette époque, la marche devint difficile, douloureuse et s'accompagnait d'un gonflement de plus en plus considérable de tout le membre. A la suite de l'application d'un bas à varices qui fut très douloureuse, survinrent au niveau des bourses et à la partie postérieure de la cuisse, près de l'ischion, de nouvelles dilatations vasculaires.

La marche fut alors de plus en plus gênée, et le malade, dans la station debout, avait une sensation de poids à laquelle s'ajoutaient par la fatigue, du tiraillement des bourses, une douleur dans l'aine gauche qui empêchait l'émission des urines et amenait une véritable suffocation.

Après une marche même légère, une sueur abondante couvrait les jambes.

A son entrée dans le service de M. le professeur Fournier, le malade présente des varicosités bleuâtres de fin calibre, formant des grains, des ampoules et s'étendant aux points déjà indiqués.

Le membre inférieur est doublé de volume, sillonné à partir du gros orteil, sur la face dorsale et interne du pied, sur la face interne et antérieure de la jambe et de la cuisse, de sinuosités irrégulières, anastomosées, d'aspect bleuâtre, réductibles par la pression.

Sur les bourses et près de l'ischion, l'angiome est constitué par des tumeurs d'aspect mûriforme, turgescentes, augmentant par la station debout, jusqu'à atteindre près de l'ischion le volume d'une tête fœtale.

On ne perçoit au niveau de ces dilatations ni battements, ni souffles. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes sont normaux. La jambe gauche, moins chaude que la droite, est recouverte d'une sueur profuse.

Il n'y a pas de troubles trophiques. La sensibilité électrique est diminuée à gauche. La réaction des muscles est de ce côté diminuée aux courants faradiques, il n'y a point de réaction de dégénérescence.

On ne trouve à l'examen des vaisseaux rien qui puisse expliquer cet angiome. Il n'y a pas d'anomalies vasculaires, de causes de compression. Aucun trouble viscéral, pas de malformation organique.

Les antécédents héréditaires ou personnels du malade ne présentent rien d'intéressant à signaler.

La seule particularité sur laquelle il appelle l'attention est qu'il ne peut supporter de compression, quelle que légère soit-elle, sans éprouver de vives douleurs dans la jambe, dans lès bourses et dans l'aine.

Adénopathie suppurée au cours d'un lupus érythémateux. Présence du bacille de Koch dans le pus.

Par le Dr Leredde.

Quels sont les rapports du lupus érythémateux et de la tuberculose? L'accord n'est pas encore fait entre dermatologistes sur la nature du premier; peut-être de nouvelles observations, de nouvelles expériences sont-elles nécessaires à la solution du problème. Je présente à la Société de dermatologie une malade dont l'histoire a quelque intérêt doctrinal et vient à l'appui des idées professées par mon maître, M. Besnier, au sujet du lupus érythémateux.

Ernestine L..., ve L..., 67 ans, couturière, entre le 30 mai 1894, salle Gibert, no 24 (service de M. Béclère).

Cette malade est atteinte d'une affection cutanée de la face, depuis sept ou huit ans, et depuis peu de mois d'adénopathie sous-maxillaire qui, ayant beaucoup augmenté, l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

Rougeole dans l'enfance. Pas d'autres maladies infectieuses. Jamais n'a eu de bronchites.

Enfant, elle a eu une kératite qui l'a rendue borgne. L'œil gauche, tout à fait sain, permet la vue sans lunettes. L'ouïe est un peu diminuée.

Aucun trouble gastro-intestinal, hépatique, ni rénal, soit dans le passé, soit à l'heure actuelle. L'état général est resté parfaitement bon.

On ne relève dans les antécédents héréditaires rien d'intéressant. De deux enfants, l'un est mort en 1870 de blessures, l'autre a disparu.

La malade ayant un peu perdu la mémoire ne donne pas de renseignements bien précis sur l'histoire de sa maladie. Le début semble remonter à l'année 1887. Un bouton rouge parut à l'extrémité du nez sans démangeaisons, puis la joue droite, plus tard la joue gauche furent prises. Depuis six mois, les lésions faciales n'ont pas augmenté.

L'alopécie presque complète remonte à une trentaine d'années, elle est survenue sans cause, paraît-il.

Description des lésions cutanées. — L'affection présente un caractère absolu de symétrie; elle occupe la moitié supérieure de la région frontale, le nez sauf les ailes; à la partie supérieure du nez, elle n'a pas de limites nettes, la peau saine reparaît peu à peu.

Les paupières sont indemnes, mais les sourcils à leur extrémité externe sont presque privés de poils, on remarque de chaque côté à ce niveau une tache ovalaire. Les joues sont prises ainsi que les oreilles: les lésions s'arrêtent sur la crête qui précède le pli naso-labial et respectent le menton.

Ces lésions toutes dermiques, ne modifient pas les lignes du masque, mais à la partie inférieure du visage, les régions sous-maxillaires sont déformées par les adénopathies.

La couleur de la peau malade est d'un rose foncé, atténué par des croûtes grisâtres qu'on remarque à un examen attentif. La teinte est à peu près uniforme.

Au toucher, à la vue, on remarque l'irrégularité de la surface cutanée,

et sa sécheresse. Et en prenant la peau entre les doigts on remarque son induration.

De place en place, on note la dilatation des vaisseaux superficiels du derme, elle reste toujours très modérée, très limitée. Sur le nez, le front surtout, quelques petites zones, arrondies, sont déprimées, blanchâtres, cicatricielles, sans que jamais on ait fait la moindre opération dermatologique sur la face. Enfin on voit des croûtes sèches très épaisses, peu adhérentes ; quand on les détache elles tombent en petits fragments ; elles se développent surtout sur les joues en approchant de la région nasale.

En certains points, les lésions n'ont pas de bord, et se fondent insensiblement dans la peau saine ; ailleurs les limites sont très nettes, formées par une incisure profonde, mais irrégulière, la peau du côté sain présente de petites végétations. Quelquefois enfin, au delà du bord marqué par une dépression linéaire, on remarque une zone d'œdème, peu étendue.

Sur le crâne, presque totalement alopécique, on voit, suivant la ligne médiane, une série de lésions. Ce sont des taches à bords très irréguliers, légèrement déprimées au-dessous de la peau voisine. Ces taches ont la même couleur que celles de la face ; en général, il y a moins d'induration à leur niveau ; on peut remarquer des croûtes plates à la surface. Une ou deux taches seulement se voient en dehors de la ligne médiane.

État des ganglions cervicaux. — Une masse du volume d'un œuf de poule occupe les régions rétro-maxillaire et sous-auriculaire droites. Cette masse soulève la peau, non adhérente, mais de teinte violacée. La consistance de la tumeur est inégale mais reste solide.

Au-dessous se trouve une saillie plus prononcée qui comble l'intervalle entre la masse supérieure et la clavicule droite. Plus grosse encore que la première, elle est fluctuante. La peau est très amincie, d'une teinte violet sombre. Mais la masse n'est suppurée qu'en partie, profondément on sent un bloc solide, concave ; l'abcès s'est développé à ses dépens. Depuis son début, il n'y a jamais eu d'autres douleurs que quelques élancements nocturnes.

A gauche, une saillie arrondie soulève la peau de la région maxillaire inférieure, qui glisse sur elle. Il s'agit là encore d'un ganglion plus gros qu'une grosse noix, à cheval sur la face externe et le bord inférieur du maxillaire, au niveau de son tiers moyen.

Par une palpation soignée, on peut s'assurer que tous les ganglions latéraux du cou sont gros, durs, roulant sous le doigt, au moins dans la région sterno-mastoïdienne gauche, qu'on peut palper librement en l'absence des grosses masses qui se voient à droite.

La malade a noté la tuméfaction du cou depuis deux mois seulement. Avant cette époque, elle n'avait rien remarqué d'anormal. Cependant il faut, bien certainement, faire remonter les adénopathies à une date antérieure ; la malade, à l'heure actuelle, ignore encore la présence de petites nodosités roulant sous le doigt au côté gauche du cou.

Examen du poumon. — Saccades respiratoires aux sommets en arrière, mais sans localisation plus précise.

Au sommet gauche, en avant, souffle expiratoire, sans râles, sans gargouillement. Il est sans doute l'effet d'une compression bronchique ; en

effet, on note à la percussion la submatité des régions sternale et interscapulaire. La sonorité des sommets est normale.

Il n'existe aucun signe fonctionnel de tuberculose pulmonaire.

Il est impossible pour les personnes qui auront vu la malade, de porter sur son affection cutanée un autre diagnostic que celui de lupus érythémateux. Cliniquement, l'abcès cervical rappelle l'abcès tuberculeux par la lenteur du développement, l'indolence, l'absence de chaleur. Restait, l'examen clinique terminé, à déterminer bactériologiquement la nature de l'abcès.

Une ponction du ganglion ramolli fut faite avec une seringue de Malassez-Aubry, stérilisée. Le pus retiré était bien lié, semblable au pus d'un abcès chaud : et, en effet, à l'examen histologique on y trouvait une grande quantité de leucocytes polynucléaires et de fibrine. Mais, par la méthode de Gram, par la coloration simple au violet hexaméthylé, on ne voyait aucun microbe. Des lamelles furent traitées par la fuchsine de Ziehl, puis décolorées soit par l'acide nitrique au quart, soit par l'aniline chlorhydrique (procédé de Kühne). On colora ainsi une quantité prodigieuse de bacilles longs, minces, parfois groupés en chaînettes ou parallèlement. Aucun microbe ne se développa à la suite de l'ensemencement dans le bouillon et sur l'agar.

Les résultats fournis par l'examen direct suffisent ; il s'agit bien de bacilles tuberculeux, et j'ai pu considérer comme inutile d'attendre les résultats de l'inoculation faite au cobaye avec le pus (1).

Réflexions. — On sait, depuis les recherches de M. Besnier, combien la tuberculose pulmonaire est fréquente au cours du lupus érythémateux, et il n'est pas d'année où il n'en montre d'exemple à ses élèves.

Notre observation indique simplement une nouvelle localisation de la tuberculose dans le lupus de Cazenave.

MM. Hallopeau et Jeanselme ont communiqué, en 1892, au Congrès de la tuberculose, une observation analogue.

Un homme atteint, dans son jeune âge, d'adénopathies tuberculeuses fut pris plus tard de lupus érythémateux et mourut de granulie. L'inoculation d'un fragment de peau malade resta négative, comme il arrive toujours dans le lupus érythémateux vrai.

Quand une tuberculose pulmonaire se développe chez un lupique, on peut parler de coïncidence, elle peut être admise par les médecins qui ont vu un seul cas, elle ne l'est plus par ceux qui ont une expérience prolongée du lupus érythémateux. Mais n'eût-on vu qu'un cas comme le nôtre, on doit être frappé d'une localisation ganglionnaire tuberculeuse, elle est la signature de la maladie. Pour les bactériolo-

(1) Un cobaye, inoculé le 1er juin avec un centimètre cube de pus dans le péritoine, est mort le 25 juin. — A l'autopsie, tuberculose hépatique pulmonaire.

gistes, la nature de l'adénopathie développée dans la région du point inoculé révèle la nature de l'inoculation faite.

A un point de vue non dermatologique, je signalerai les caractères du pus, qui ont été rarement relevés dans les abcès tuberculeux. Il est, du reste, très exceptionnel d'y trouver autant de bacilles que j'en ai vu.

M. Hallopeau. — Dans l'observation, en effet très analogue, que nous avons communiquée, M. Jeanselme et moi, en 1891, au Congrès de la tuberculose, les ganglions caséeux contenaient des bacilles de Koch, mais ces parasites n'ont pu être retrouvés dans les fragments excisés du lupus, et leur inoculation à quatre cobayes est restée stérile. Nous avons émis l'hypothèse que le lupus érythémateux est une tuberculose si atténuée qu'elle est devenue incapable de se transmettre par inoculation. Nous ajouterons que nous avons actuellement dans notre salle Lugol un nouveau cas de lupus érythémateux avec adénopathies très probablement tuberculeuses.

Eczéma séborrhéique ou dermeatit exfoliatrice chez une jeune enfant.

Par Henri Feulard.

Hier nous était présentée à la policlinique des maladies de la peau, annexe du service de M. le professeur Grancher à l'hôpital des Enfants-Malades, cette petite fille atteinte d'une éruption d'un diagnostic, croyons-nous, assez délicat. Malheureusement nous n'avons pu la voir que quelques instants et ne pouvons vous donner qu'une observation très incomplète : nous croyons intéressant cependant de vous soumettre ce cas un peu embarrassant.

Pauline M... est âgée de 6 mois; elle est née à terme et est nourrie par sa mère qui nous la présente. Celle-ci a eu une très bonne grossesse, et jouit, ainsi que le père de l'enfant, d'une très bonne santé ; elle est déjà mère d'un jeune garçon de 28 mois parfaitement bien portant.

L'état général de la fillette est d'ailleurs excellent, elle n'a pas de fièvre, pas de perte d'appétit; ses garde-robes sont régulières, mais elles sont souvent vertes; l'alimentation d'ailleurs se fait sans régularité, les tetées ayant lieu suivant les caprices de l'enfant.

A trois semaines, la mère constatait derrière la tête des croûtes jaunes, épaisses, qui ont gagné le reste du cuir chevelu et se sont étendues ensuite à la face, puis au cou ; les bras et la poitrine auraient été également envahis; il n'y a guère de doute, d'après le récit de la mère, qu'il ne se soit agi dans l'espèce de croûtes séborrhéiques. L'enfant fut traitée par des lavages et des applications de vaseline boriquée. Au bout de deux mois, les croûtes avaient disparu ; mais la peau, loin de guérir, prit l'aspect qu'elle offre aujourd'hui.

Si l'on retrouve sur le cuir chevelu et le front quelques-unes de ces croûtes jaunâtres et graisseuses, que nous avons l'habitude de dénommer séborrhéiques, la peau de la face, du tronc et des membres supérieurs présente une apparence particulière. Elle est rouge, mais d'un rouge un peu éteint déjà et couverte de larges squames très minces qui se détachent spontanément, tombent dans les langes et se renouvellent constamment.

A la face, la peau des joues est comme craquelée, sillonnée de lignes rouges qui correspondent aux bords des squames, celles-ci sont plus adhérentes que sur le tronc.

C'est en effet sur la poitrine et le dos que la desquamation est la plus marquée. Là, les squames mesurent de un à deux centimètres, elles figurent de grandes lamelles très minces, adhérentes encore la plupart, par un de leurs bords, se détachant facilement au moindre frottement.

Sur les bras, la desquamation se fait par lambeaux beaucoup plus petits : les jambes sont assez rouges, mais sans érythème fessier ni génital et desquament par toutes petites écailles; la mère dit que la peau s'est détachée entre les doigts des pieds.

Les ongles des doigts et des orteils sont indemnes ; les paumes des mains sont rouges mais sans desquamation; les pieds sont indemnes.

Les ganglions des aisselles et les ganglions du cou sont gonflés ; absence complète de fièvre et de troubles généraux. Seulement la démangeaison est fort vive, surtout au niveau du cou, et l'enfant tourne continuellement sa tête en la frottant sur le bras qui la soutient pour se gratter. Rien aux muqueuses.

S'agit-il d'un simple eczéma séborrhéique, évoluant d'une façon un peu anormale, ou bien d'une dermatite exfoliatrice à laquelle font songer l'abondance et la forme de la desquamation. C'est ce que nous demandons que l'on nous dise ; c'est la deuxième fois d'ailleurs qu'un cas de ce genre est présenté ici et la discussion qui suivit la présentation faite l'année dernière par MM. Raymond et Barbe laissa en suspens le diagnostic d'eczéma séborrhéique ou de dermatite exfoliatrice.

M. P. Raymond. — Ce cas ressemble, en effet, absolument à celui que nous avons présenté à la Société en 1892, M. Barbe et moi. Notre diagnostic de dermatite des nouveau-nés de Ritter n'avait pas été admis par tous les membres de la Société : si l'on admet aujourd'hui qu'il s'agit d'une dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, il se trouve que nous avions raison.

M. Barthélemy — Il est certain que la largeur et l'amincissement des squames sont en rapport avec ce que l'on observe généralement dans la dermatite exfoliatrice. Mais c'est précisément cette dénomination qu'il faut à l'avenir soumettre à une analyse plus sévère. Pour moi, toute l'affection relève ici de l'eczéma séborrhéique; la tête tout entière est couverte de croûtes grasses, caractéristiques et l'irritation s'est peu à peu propagée à la totalité du corps grâce aux vices d'alimentation et grâce surtout à la suralimentation. C'est en modifiant ce régime, et en traitant l'eczéma séborrhéique (huile résorcinée, savonnages et antiseptiques doux, puis pâte à l'oxyde de zinc) que l'on obtiendra la guérison.

Deux cas de pellagre alcoolique.

Par E. Gaucher et Barbe.

Observation I (1). — *Pellagre alcoolique ; érythème du dos des mains. — Télangiectasies anciennes du dos des pieds.*

La femme X..., âgée de 40 ans, se présente, le 16 juin 1894, à la *Consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine*, pour une rougeur très vive du dos des mains.

Cette femme, qui est blanchisseuse depuis l'âge de 11 ans et demi, n'a jamais présenté d'éruption eczématiforme aux mains, comme on en voit fréquemment chez les personnes qui exercent ce métier. Depuis deux ans elle ne travaille plus, s'occupe seulement de son intérieur et d'un petit jardin qu'elle cultive elle-même, rue de Picpus. Nous verrons tout à l'heure l'importance de ce dernier détail. Comme antécédents héréditaires, il faut noter que le père et une sœur sont morts de tuberculose, le père était de plus saturnin.

La malade avoue que depuis près de vingt ans, et surtout depuis quatre ans, elle fait des excès alcooliques, consistant en vulnéraire, eau-de-vie de marc, absinthe ; de plus, elle boit un litre et demi de vin par jour. Pour la nourriture, elle n'a jamais souffert de privations et, sauf des troubles digestifs et nerveux imputables à l'alcoolisme, elle se porte assez bien. Mais déjà l'année dernière, à la même époque, elle a présenté, pendant trois semaines, une rougeur érythémateuse du dos des mains qui céda facilement à l'application de poudres inertes.

État actuel. — Des phénomènes semblables se sont reproduits il y a un mois environ, mais en offrant rapidement une intensité plus grande.

La rougeur érythémateuse occupe la face dorsale des deux mains et s'étend en avant sur les cinq doigts jusqu'au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange ; les deux dernières phalanges sont indemnes; en haut la rougeur remonte sur la face postérieure de l'avant-bras et s'arrête à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet, à l'endroit où finit la manche de la robe. Mais ce n'est pas tout, la rougeur contourne le bord radial de l'avant-bras, pour s'arrêter net un peu en dedans de ce bord ; cette particularité est due à la position habituelle de la main en demi-pronation. Au niveau des parties érythémateuses, la peau est lisse, comme vernissée. Les lésions sont beaucoup plus prononcées à gauche ; la main droite, en effet, ne présente qu'une légère desquamation sur les limites du mal et particulièrement à la partie interne, tandis qu'à gauche, la peau, beaucoup plus rouge, est le siège d'une desquamation assez abondante. Ces lésions causent à la malade de la chaleur et des picotements assez vifs, mais pas de douleur véritable.

Les troubles digestifs sont assez marqués et imputables à l'alcoolisme ; cette femme a perdu complètement l'appétit ; elle est sujette à de la gastralgie, et elle a des pituites tous les matins.

(1) Ces deux observations ont été rédigées d'après les notes recueillies par MM. Balli et Piéron, externes du service.

Si on examine le système nerveux, on apprend que la malade a des crampes douloureuses dans les jambes et les orteils et des douleurs ayant quelque analogie avec les douleurs fulgurantes du tabes. Il y a du tremblement des mains et de la langue. On ne trouve aucun trouble de la sensibilité, mais la perte du réflexe pupillaire sous l'influence de la lumière et à l'accommodation, un myosis double très accentué. Les réflexes rotuliens sont abolis.

En ordonnant à la malade de se tenir debout, les pieds rapprochés et les yeux fermés, on constate de la difficulté à rester dans cette position et on note une oscillation très nette ; mais il n'y a pas de troubles de la marche. La nuit la malade a des rêves, des hallucinations ; le jour, elle a comme des étincelles dans les yeux ; elle éprouve aussi des bourdonnements d'oreille.

Il n'y a rien de particulier à noter du côté des appareils circulatoire et respiratoire. Les règles sont très abondantes, durent parfois de deux à trois semaines, mais ne s'accompagnent pas de phénomènes douloureux.

Enfin il reste à signaler une lésion qui n'a aucun rapport avec l'affection actuelle ; c'est la présence *sur le dos des pieds* de télangiectasies nombreuses apparues à l'âge de 15 ans et demi. A cette époque, cette région était simplement rouge, mais, depuis lors, les télangiectasies ont augmenté ; elles recouvrent actuellement toute la face dorsale des pieds et remontent jusqu'à 6 à 7 centim. au-dessus des malléoles ; la face plantaire est indemne, sauf au niveau du creux plantaire où il y a quelques dilatations vasculaires. Sur la face dorsale des orteils la peau est d'un rouge sombre et les télangiectasies sont difficiles à constater, mais sur le dos du pied elles sont très nettes et ressortent sur la peau saine. Ces dilatations se distinguent nettement des varices dont la malade est en même temps atteinte. Les pieds sont toujours froids. En outre, quelques télangiectasies sont survenues récemment à la face interne du genou gauche, au niveau de la tête du péroné du même côté et sur la face interne de la cuisse droite.

Le 11 juin, la malade revient à la consultation. Grâce à des bains de mains fréquemment répétés, avec de l'eau amidonnée, la rougeur a considérablement diminué, mais la desquamation est très abondante. A gauche, il y a quelques fissures douloureuses à la base de l'index et du pouce, à droite quelques excoriations sur la face dorsale du pouce.

En résumé, nous avons affaire ici à une femme adonnée aux boissons alcooliques depuis bientôt 20 ans, offrant des signes de pseudo-tabes d'origine alcoolique, et qui présente sur la face dorsale des mains un érythème solaire, un érythème pellagreux qu'elle a très probablement contracté en s'occupant de l'entretien de son jardin.

Observation II. — *Pellagre alcoolique ; érythème du dos des mains.*

L..., âgé de 34 ans, maçon, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais quitté Paris, n'ayant jamais souffert de privations, se présente à la *Consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine* le 9 mai 1894, pour une rougeur très vive du dos des mains, qui aurait débuté il y a deux mois environ.

Cette rougeur occupe la face dorsale des mains, s'étend en bas sur la

face dorsale des cinq doigts jusqu'au niveau de l'articulation de la première phalange avec la seconde (position habituelle de la main dans la demi-flexion), et remonte à un travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet.

Cette rougeur est lisse, comme vernissée ; elle n'est le siège d'aucune douleur véritable, mais simplement d'une sensation de chaleur et d'une sensibilité exagérée. La face dorsale du nez présente également une rougeur assez marquée.

Le malade accuse de plus des douleurs vives dans la jambe, et d'autres symptômes qui éveillent l'idée d'une intoxication alcoolique probable. En effet, il finit par avouer que depuis dix à douze ans, il fait des excès de boisson, surtout en absinthe. La nuit, il a des rêves effrayants (animaux, précipices, etc.) ; parfois il est en proie à des hallucinations, et il lui arrive de se lever pour se rendre compte de la réalité des objets qu'il croit voir ; enfin il ressent de vives douleurs dans les membres inférieurs. L'appétit est diminué, mais il n'y a pas de pituites le matin.

L'examen du système nerveux montre qu'il y a du tremblement des doigts et une certaine trémulation de la langue ; pas d'anesthésie, mais une diminution de la sensibilité de la cornée et une inégalité pupillaire manifeste ; absence du réflexe pupillaire à la lumière, conservation du réflexe pour l'accommodation (signe d'Argyll Robertson). Le malade a une physionomie hébétée, et dit avoir perdu la mémoire. Les réflexes rotuliens sont conservés, plutôt exagérés à gauche. Il n'y a rien de particulier à noter du côté des autres organes.

Sous l'influence de l'application de compresses d'eau de fleurs de sureau, jour et nuit, l'érythème diminue peu à peu d'intensité. Cependant L... est hospitalisé le 10 mai à la salle Marjolin, nº 33.

Le 28 mai, on note que la rougeur a presque disparu ; mais il y a une desquamation très marquée dans les espaces interdigitaux et sur le bord cubital de la main.

En somme, nous sommes ici en présence d'un sujet également alcoolique, ayant même déjà quelques signes de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique, qui a contracté un érythème solaire, pellagreux, probablement en travaillant en plein air, exposé à l'ardeur du soleil de mars.

A propos de ces deux observations, nous n'avons pas l'intention de revenir sur l'étiologie générale de la pellagre. Il est bien prouvé aujourd'hui que la *pellagre n'est pas une maladie univoque* (1). L'érythème pellagreux, comme l'a prouvé jadis M. Bouchard, est un érythème solaire qui se développe sur l'influence d'une dépression physique ou morale quelconque de l'organisme. La misère, la mauvaise hygiène, l'alimentation défectueuse (par le maïs par exemple), les excès de toute sorte et particulièrement l'alcoolisme, comme dans ces deux cas, sont les facteurs principaux de la pellagre. Ces deux

(1) V. Hillairet et Gaucher. *Traité des maladies de la peau*, t. I, article Pellagre.

observations sont à rapprocher des cas de pellagre alcoolique publiés jadis par Hardy.

M. Barthélemy. — Le cas de pseudo-pellagre, chez un alcoolique, présenté avec tant de raison par M. Gaucher, me donne l'occasion de rapporter devant vous une observation sur laquelle j'avais depuis quelque temps l'intention d'attirer votre attention.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, employé de commerce, de tempérament herpétique et goutteux, qui est atteint *depuis une année* d'une lésion exclusivement et presque symétriquement développée sur la face dorsale des mains et des doigts. Pour tous les médecins qui l'ont traitée jusqu'à ce jour, il s'agit d'une lésion eczémateuse avec laquelle elle a en effet bien des caractères communs ; mais par une analyse plus attentive, il me semble qu'on peut la considérer plutôt comme une *toxidermite ortiée, eczématoïde et pseudo-pellagreuse.* Cette affection est constituée par la rougeur, la tuméfaction de l'épiderme et du derme qui ne présentent pour l'instant ni vésicules, ni suintement, ni croûtelle, mais seulement une légère desquamation. Il n'y a pas de douleur et les démangeaisons sont très modérées, excepté au moment où apparaissent de petites vésicules qui ne tardent pas à suinter. Il y a alors un prurit si intense que le grattage devient impérieux, mais toujours augmente le mal.

Ainsi donc, l'affection procède par poussées et alors la main est rouge dans sa totalité et comme boursouflée ; de telle sorte qu'au début il y a tuméfaction comme dans l'urticaire et vésiculation comme dans la dyshidrose. Plus tard, il n'y a plus qu'une rougeur diffuse et sans saillie. Le caractère le plus frappant de cette affection consiste dans sa disposition, dans sa localisation si spéciale : elle s'arrête brusquement au poignet et à la racine des phalanges ; d'autre part, en ligne droite, au niveau du bord cubital de la main, et de même le long du pouce, de la saillie radiale à l'ongle. Elle reprend dans tous les bouquets pileux (toujours exclusivement développée aux régions dorsales), puis au-dessus des jointures des phalanges et va jusqu'aux racines des ongles, légèrement saillantes et boursouflées. Sur les faces latérales des doigts, l'affection cesse brusquement aussi au point où la face dorsale se termine ; cela est si net que si les doigts sont rapprochés, la lésion paraît se continuer sans interruption ; mais s'ils viennent à s'écarter, on voit que leurs faces latérales, comme tous les plis et la face palmaire, sont tout à fait indemnes. Cette disposition, si nettement arrêtée et tranchée, qui ne s'est jamais démentie depuis un an, ne peut être considérée comme fortuite ou insignifiante ; elle me semble, au contraire, capitale pour expliquer la genèse de la pellagre. La lésion est chronique ; elle dure en effet depuis longtemps ; mais c'est parce qu'elle procède par poussées réitérées. Quand j'ai vu le malade pour la première fois, le 27 avril, la lésion était très aiguë ; or, huit jours avant, les mains étaient presque blanches ; au moment même où le malade se croyait guéri, une poussée nouvelle est survenue et tout a recommencé. C'est ainsi que se réalise la pérennité du mal. Les antécédents du malade sont les suivants : il y a vingt-cinq ans, il eut une première poussée d'urticaire. Il y a quatre ans, il présenta à l'annulaire gauche, sur la face

latéro-interne de l'extrémité, un petit placard de rougeur, avec prurit, puis desquamation ; mais l'accident fut léger et de peu de durée. De temps en temps, les yeux sont boursouflés (paupières rouges ou rosées, assez gonflées, conjonctives devenant rouges aussi, à gauche surtout) ; puis tout disparaît en quelques jours, aussi vite que c'est venu. Il semble que ce soit bien là une poussée d'urticaire fruste.

Son frère est psoriasique depuis vingt ans. Sa mère, âgée de 80 ans, a de l'eczéma plantaire ; son père, qui n'avait jamais été malade, est mort à 45 ans d'une pneumonie. Lui-même est très sobre et fume à peine. Il n'est pas rhumatisant, mais il est nerveux. Il sue facilement. Il a eu jadis des brûlures d'estomac et des ballonnements pour les moindres écarts ; mais il ne se plaint pas de dyspepsie pour l'instant ; à peine de loin en loin ressent-il des brûlures d'estomac. En tout cas, il n'a pas de dilatation, pas de clapotage, à peine de constipation et pas de gravelle. Il n'a ni séborrhée ni acné et sur tout le reste du corps sa peau est absolument saine. Peut-on dire que des fermentations gastro-intestinales ont lieu et consécutivement des toxines ayant une action élective sur le dos des mains ?

Le malade revient me voir le 12 juin, ayant eu, dix jours auparavant, une poussée d'urticaire aux bras et aux jambes, urticaire vraie disparue en deux jours ; la venue comme la disparition ont eu lieu sans raison appréciable.

Du côté des mains, il va très notablement mieux ; encore une fois, les mains sont devenues presque blanches. Il y a encore de temps en temps de légères poussées, poussées qui vont elles-mêmes en s'affaiblissant, comme intensité, comme durée et aussi comme étendue. La lésion, bien plus superficielle d'ailleurs, au lieu d'être disposée en une nappe unique, ne forme plus que quelques îlots, au poignet, au dos des mains et surtout de la région des phalangines ; la *lésion toujours exclusivement dorsale :* c'est cette localisation exclusive que je retiens, qu'on maintienne le diagnostic d'eczéma ou qu'on admette celui que j'indiquais tout à l'heure.

J'insiste maintenant sur cette dyspepsie ancienne, avec brûlures dans l'estomac au moindre écart, avec ballonnement, et les autres symptômes de fermentations gastro-intestinales ; en résulte-t-il des toxines ayant pour cette catégorie de sujets, une action élective remarquable par la localisation initiative sur le dos des mains ? Je le demande encore.

Ces faits d'action élective localisée ne sont pas assez rares pour être inadmissibles en l'espèce.

En tenant compte de la production et de la localisation de cette dermite, il n'est pas impossible, à mon avis, de s'élever à la conception du mécanisme du syndrome pseudo-pellagreux : résultat de causes associées multiples.

Admettons en effet — et cela se voit en clinique — ces poussées de toxidermite ortiée, sinon incessantes, du moins très répétées, il en résultera sur ce point une dermatose chronique eczématoïde.

Si une affection ainsi constituée se trouve exaspérée par le défaut de soins, la malpropreté, le traumatisme de professions manuelles ou irritantes pour la peau : la dermite d'origine interne va se compléter ou se

compliquer d'une dermite d'origine externe ; ainsi qu'on le voit si souvent pour l'eczéma palmaire des personnes qui travaillent dans les eaux grasses, par exemple. Comme c'est la règle pour les lésions cutanées, tout s'exaspérera d'ailleurs s'il s'agit d'un alcoolique ou sujet aux écarts de régime et aux vices d'alimentation. C'est alors que l'on va voir intervenir aussi la théorie solaire, à elle seule pourtant insuffisante pour tout expliquer, puisque telle autre personne exposée aux mêmes agents d'irritation n'aura pas des effets identiques.

Que l'ouvrier ou le paysan, prédisposé ainsi que je viens de le dire, travaille dans un pays chaud, constamment exposé à l'action de l'air et du soleil, par le fait de la chronicité et de la répétition des mêmes causes, on verra survenir de la pigmentation et de la desquamation qui ne disparaîtront plus. D'autre part, la misère, l'alimentation prolongée par des mets avariés, pourront créer et créeront certainement, si le système nerveux de cet individu est originellement vulnérable et peu réfractaire aux divers agents d'intoxication, créeront, dis-je, des troubles nerveux qui viendront s'ajouter aux troubles gastro-intestinaux : l'insomnie, l'état nerveux, les troubles cérébraux même, pouvant, en fin de compte, aboutir à la cachexie, en un mot au syndrome pellagreux ou pellagroïde comme dans le myxœdème.

Quoi qu'il en soit de ces explications, j'ignore si dans les divers pays où la pellagre sévit il existe réellement une entité morbide qui répond bien sous cette dénomination à une cause unique et toujours identique à elle-même ; mais je constate que, depuis une vingtaine d'années que je fréquente les divers hôpitaux de Paris et l'hôpital Saint-Louis en particulier, je n'ai jamais eu à observer que des faits que, pour les raisons énumérées plus haut, je dois considérer comme des pseudo-pellagres : de là à nier la pellagre vraie, dans notre pays, il n'y a pas loin ; la question est posée ; mais ce sont les observations ultérieures qui pourront seules conclure définitivement.

M. P. Raymond. — Ces cas sont semblables à celui examiné par M. Dejerine, chez un alcoolique et dans lequel il a trouvé des névrites périphériques. Il s'agit, pour moi, de pseudo-pellagre, de troubles trophiques, distincts de la pellagre vraie par zéisme. Je suis pourtant frappé de ce fait que, chez ces deux malades, je retrouve une intégrité des deux dernières phalanges telle, que je l'ai constatée chez les pellagreux vrais à Goritz : chez eux, je n'ai trouvé aucune trace de névrite périphérique. Quant à la théorie solaire, elle n'explique pas tous les faits d'érythème, ainsi que j'ai eu l'occasion de le signaler après les recherches de M. le professeur Neisser, de Vienne, et les miennes (1). S'il en était ainsi, ces deux malades présenteraient de l'érythème à la figure, ce qui n'est pas.

M. Souplet. — J'ai eu l'occasion d'observer cette semaine une malade atteinte également de pellagre, chez laquelle, comme dans les cas de M. Gaucher, tout concourt à montrer qu'il s'agit très nettement d'érythème solaire. Cette dame, dyspeptique depuis longtemps et profondément

(1) *Annales de dermatologie*, 1889, p. 627.

apathique, passait une grande partie de ses journées assise à sa fenêtre, les mains croisées et étendues. Les lésions remontent à quatre semaines, et sont en pleine activité. La main droite recouvrant habituellement la main gauche, les lésions sont plus marquées à droite. Elles se limitent en haut au-dessus des poignets, exactement au point où les téguments cessent d'être découverts. La face dorsale est seule atteinte; la moitié supérieure de la face latérale des doigts présente les mêmes altérations, tandis que la moitié inférieure est aussi indemne que la face palmaire. Les dernières phalanges sont malades au même degré que les premières, ce qui s'explique par l'attitude que nous venons de signaler. Enfin, il existe un masque sur la figure; le front, les joues et le dos du nez présentent de petits placards desquamatifs.

Arsenicisme chronique professionnel : kératose symétrique palmaire ; sclérodactylie ; ulcérations arsenicales ; perforation de la cloison nasale.

Par MM. E. GAUCHER et BARBE.

X..., âgé de 70 ans, ouvrier chimiste, se présente le 6 juin 1894 à la *Consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine*, et est hospitalisé à la salle Marjolin, lit n° 14 (1). Il dit avoir eu, en 1849, le scorbut à la suite duquel ses dents sont restées en partie déchaussées; sauf cette maladie, il s'est bien porté jusqu'à ces derniers temps. Son père est mort à 61 ans d'hémorrhagie cérébrale, sa mère à 71 ans d'une maladie de cœur.

Cet homme travaille dans les produits chimiques depuis quarante ans et a été indistinctement employé à la fabrication de chacun d'eux. Afin d'éviter les intoxications, les patrons font alterner les ouvriers dans la fabrication des produits les plus dangereux ; c'est ainsi que pour la préparation des diverses sortes de vert de Schweinfurth, du n° 1, du n° 2, du n° 3, du n° 4, les ouvriers alternent entre eux.

Notre malade, par exception, a été employé, sans discontinuité, depuis le mois de novembre dernier, à la préparation du n° 1, qui est de tous le plus dangereux et dont voici la composition :

60	kilogr.	acide arsénieux,
40	—	sulfate de cuivre,
30	—	acétate de soude,
20	—	sulfate de soude.

Aussi a-t-il dû cesser son travail y a quinze jours, lorsque des ulcérations se furent produites au scrotum, ainsi qu'à la face interne de la cuisse gauche. Antérieurement, il aurait eu une ulcération à l'index de la main droite, au niveau de la racine de l'ongle, ulcération qui aurait duré

(1) Observation rédigée d'après les notes recueillies par M. SANGLINE, élève du service.

deux mois et a fini par se cicatriser, mais à la suite de laquelle l'ongle est resté altéré.

État actuel. — Le malade présente, *sur la face externe du petit doigt de la main gauche*, une ulcération qui a débuté il y a trois mois. Cette ulcération offre à peu près l'apparence d'un carré, d'un centimètre de côté, dont les bords sont taillés à pic et décollés; au fond de l'ulcération, on aperçoit une masse blanchâtre qui n'est autre chose que le tendon de l'extenseur dénudé et altéré.

Entre le gros orteil et l'index du pied gauche existe une ulcération semblable à celle de la main, à bords taillés à pic, décollés, mais de dimension un peu moindre.

Les ulcérations du scrotum sont actuellement guéries.

Si on examine les cavités nasales, on voit une large perforation de la cloison nasale, de la dimension d'une pièce de deux francs. Le malade raconte qu'il a perdu à plusieurs reprises par le nez des petits fragments d'os.

Les oreilles présentent sur le bord du pavillon des pertes de substance et des cicatrices multiples que le malade attribue à des engelures réitérées dont il dit avoir autrefois beaucoup souffert.

Si on passe à l'examen des mains, on y trouve plusieurs lésions intéressantes. D'abord les doigts vus par leur face dorsale présentent un aspect lisse et effilé, comme dans la *sclérodactylie*. Du côté de la région palmaire de chaque main, on observe une production kératosique diffuse, mais marquée surtout de chaque côté des plis de flexion de la peau, aussi bien sur la paume de la main que sur la face palmaire des doigts. Mais l'état kératosique du creux de la main droite, du médius et de l'index droits est bien moins accentué que du côté gauche. (Le malade est gaucher.) La face interne de chaque pouce est très kératosée. De plus, les plis des régions palmaires présentent une coloration verdâtre due au dépôt de la préparation arsenicale; de même, la plupart des productions kératosiques ont une teinte verdâtre, uniformément disséminée, qui s'enlève difficilement par le lavage.

Du côté de la face plantaire des pieds, on observe un état kératosique, marqué surtout au niveau et en avant du talon.

Dans l'appréciation de cette kératose palmaire et plantaire, il est difficile de faire la part de ce qui revient à l'intoxication arsenicale et à l'exercice de la profession; mais comme la kératose est à peu près généralisée, qu'il n'y a pas de durillons bien localisés, nous croyons que cette kératose est bien d'origine toxique.

Sur la face externe de l'avant-bras, tout près du poignet, on remarque de petites cicatrices qui sont les traces de petites pustules spéciales aux ouvriers qui travaillent dans les préparations arsenicales. Ces pustules paraissent commencer chacune par une vésicule blanche bientôt remplie de pus qui évolue en quatre ou cinq jours. Le malade dit avoir eu de ces pustules à la figure, comme tous ses camarades; les ulcérations du scrotum paraissent avoir commencé également par des pustules semblables. D'autre part, le malade présente, depuis quinze jours, une certaine bouffissure du visage et des paupières, et en même temps de l'œdème des

jambes. Il est sujet à des crampes dans les mollets, qui le prennent surtout en travaillant; la nuit il ressent des secousses électriques dans les jambes, la droite surtout, secousses assez fortes pour l'empêcher de dormir; il se plaint souvent de céphalalgie, et accuse de l'oppression tantôt la nuit, tantôt le jour. Le pouls est dur et bondissant, il y a un bruit de galop au cœur. En somme, ces symptômes sont ceux de l'artériosclérose et de la néphrite interstitielle. Cependant l'analyse de l'urine n'a pas permis de déceler la présence d'albumine; mais l'urée y est en quantité beaucoup moindre qu'à l'état normal.

Voici l'analyse complète de l'urine, faite par M. Cartier, interne en pharmacie du service :

Volume de 24 heures (couleur jaune citrin)..	980 cent. cubes.
Densité....................................	1011 à + 15°
Matières organiques......................	10 gr. 25
— minérales......................	7 » 50
Total des éléments dissous (résidu fixe à 100°).	17 » 750

ÉLÉMENTS NORMAUX			MOYENNE DE L'URINE NORMALE
Urée............................	7 gr. 566	....	13 à 24 gr.
Acide phosphorique.............	0 » 755	....	1 gr. 66
Chlore..........................	4 » 82	Par litre.	4 à 5 gr.
Cl. exprimé en chlorure de sodium.	7 » 26	....	6 gr. 6 à 8 gr.

Pas d'éléments anormaux : ni albumine, ni sucre, ni mucine, ni pigments biliaires.

En somme, cette urine est remarquable par une diminution notable des éléments dissous.

La *recherche toxicologique de l'arsenic*, effectuée sur 300 centim. cubes d'urine, au moyen de l'appareil de Marsh, avec les précautions accoutumées, n'a pas fait constater la présence de l'arsenic dans l'urine.

On sait, en effet, que l'arsenic s'élimine difficilement par la sécrétion urinaire, et, malgré cette recherche négative, nous n'hésitons pas à admettre que toutes les lésions présentées par notre malade sont d'origine arsenicale, aussi bien la kératose palmaire que les éruptions et les ulcérations cutanées et la perforation de la cloison nasale. Nous aurions même beaucoup de tendance à croire que ces accidents multiples ne sont pas d'origine locale, ni les uns ni les autres, pas plus les ulcérations et la perforation nasale que la kératodermie. L'existence de la sclérodactylie que nous avons signalée, et qui, elle, est très manifestement d'origine nerveuse, nous porte à penser que toutes ces lésions (ulcérations et kératodermie) sont, comme la sclérodactylie elle-même, des *troubles trophiques* dépen-

dant de l'intoxication arsenicale et de la localisation du poison sur le système nerveux.

M. Barthélemy. — L'affection que nous montre M. Gaucher ne diffère pas de la sclérodactylie symétrique sans arsenicisme. Il faut donc admettre ou bien les deux maladies, l'empoisonnement arsenical chronique d'une part, et d'autre part la sclérodactylie, avec amincissement de la peau collée aux os, pâleur et refroidissement des extrémités, amincissement des os, etc. Ou bien que l'arsenic peut déterminer la sclérodactylie, comme le pensent les médecins anglais. Le fait de M. Gaucher serait donc très important pour l'étiologie de la sclérodactylie, qui serait le résultat d'une intoxication.

Périostite orbitaire hérédo-syphilitique.

Par M. A. Trousseau.

Je vais rapporter un cas de périostite orbitaire hérédo-syphilitique qui m'a frappé par sa rareté et par la gravité des symptômes cérébraux qui l'ont accompagné. Malgré que mon attention soit depuis longtemps fixée sur les phénomènes oculaires de l'hérédo-syphilis, je n'ai pas encore observé un fait analogue.

En novembre dernier une fillette de 2 ans et demi m'était amenée dans un état vraiment inquiétant. L'œil droit était très proéminent et l'apparition rapide de cette exophtalmie développée en quatre ou cinq jours, en même temps que s'altérait sérieusement la santé générale de l'enfant, avait porté au maximum l'affolement des parents de la petite malade.

La peau des paupières moyennement gonflées et recouvrant difficilement le globe oculaire était rosée, la rougeur, limitée en haut par le sourcil, s'étendait en bas au delà de la paupière inférieure. Malgré cette teinte révélatrice d'une phlegmasie en voie d'évolution, je n'observai ni cette rougeur, ni cette tension, ni cet œdème intenses qui annoncent le phlegmon imminent de l'orbite. A une panophtalmie il ne fallait pas songer, car les milieux de l'œil étaient transparents et la conjonctive n'était ni chémotique, ni hyperhémiée. La douleur à la pression semblait modérée. Le palper faisait reconnaître un certain gonflement du rebord orbitaire et un empâtement manifeste tout autour et surtout au-dessus du globe oculaire qui ne se laissait que difficilement refouler sur une masse profonde assez résistante.

L'enfant, depuis vingt-quatre heures, était plongée dans un état comateux, dans une immobilité complète dont elle ne sortait que pour proférer de temps en temps un cri prolongé et pour porter les mains à sa tête.

Ceci pouvait expliquer, notons-le, l'absence de douleurs à la pression. Les pupilles, aussi bien du côté malade que du côté opposé, étaient large-

ment dilatées, absolument immobiles. Un faisceau lumineux sur elles projeté, n'amenait aucune réaction.

Les événements s'étaient précipités, car quinze jours auparavant la fillette, vive et intelligente, riait et jouait sans inspirer le moindre souci. Puis tout d'un coup elle était devenue triste, abattue, avait repoussé ses jouets, fui le contact des siens, s'était plaint continuellement de la tête, avait eu des cauchemars la nuit et enfin une crise convulsive avait précédé l'état comateux que j'observais.

Jusqu'à ces derniers temps, l'enfant avait été très bien portante ; elle me sembla bien développée pour son âge, nullement malingre ou souffreteuse. Les parents, jeunes, avaient, à leur dire, toujours joui d'une merveilleuse santé. Je les trouvais bien constitués et ne pus dépister chez eux aucune tare diathésique. Le père, pris à part, nia d'abord avoir eu la syphilis, puis finit par m'avouer que, trois ans avant son mariage, il avait attrapé un chancre qui n'avait eu d'autres suites qu'une légère éruption et quelques maux de bouche. Il prétendit n'avoir jamais contagionné sa femme, chez laquelle je ne trouvai pas trace de syphilis. La petite malade était le premier enfant du ménage, mais la mère croit, sans l'affirmer, avoir fait une fausse couche de deux mois au début de son mariage.

J'étais fort embarrassé sur le diagnostic et je ne pouvais m'empêcher de porter un pronostic grave.

J'ai dit pourquoi j'éliminais d'emblée la panophtalmie et pourquoi je ne crus pas à un franc phlegmon de l'orbite. Je ne trouvais rien dans les cavités voisines, nez, gorge, sinus frontaux ou maxillaires, qui pût déterminer des phénomènes de compression ou expliquer une propagation inflammatoire ou septique dans la cavité orbitaire. Une affection cancéreuse ne se serait certes pas développée aussi vite, et il est probable qu'elle se serait signalée par des déterminations ganglionnaires infructueusement cherchées. J'allais oublier de dire qu'une ponction exploratrice, faite avec toutes les précautions voulues, ne m'avait fourni aucun renseignement valable.

Je me trouvais donc acculé à deux hypothèses entre lesquelles j'hésitais, penchant malgré moi pour la première : ou méningite tuberculeuse avec lésion osseuse profonde de même nature que la méningite, ou périostite orbitaire d'origine syphilitique, maladie fort rare. Quoique j'eusse plus de chance de me tromper, je préférai me rallier à la deuxième hypothèse qui me permettait d'agir et d'espérer ; mais même celle-ci confirmée aurais-je pu avoir la certitude d'arriver à temps pour prévenir des complications redoutables ?

Je prescrivis donc l'iodure de potassium et les frictions mercurielles à la dose de 3 grammes par jour et, à ma grande surprise, je l'avoue, l'amélioration commença à se manifester dès le cinquième jour par une diminution notable de l'exophtalmie et une légère reprise de la vie chez l'enfant. La guérison marcha dès lors avec une grande rapidité et trois semaines après le début du traitement, la fillette s'avançait vers moi gaie et souriante. L'orage s'était éloigné sans laisser de traces de son passage. Depuis j'ai revu l'enfant qui jouit d'une excellente santé. J'ai, néanmoins, par précaution, fait continuer le traitement antisyphilitique.

Ce fait m'a paru intéressant à relater, car il montre, une fois de plus, combien la confusion peut être facile entre les phénomènes initiaux de la méningite tuberculeuse et ceux de la syphilis héréditaire cérébrale, et combien M. le professeur Fournier a eu raison d'insister sur ce point capital de la pathologie infantile. Il semble qu'il y ait eu ici un accident tardif, au sens vrai du mot, de syphilis héréditaire, car malgré une investigation minutieuse, je n'ai pu retrouver chez l'enfant aucune trace d'accident antérieur. L'exemple que je viens de donner, d'une périostite hérédo-syphilique atteignant les os plats de la face, est, je crois, assez rare, étant donnée la prédilection bien connue de la maladie pour les os longs.

Une question d'interprétation se pose ici : s'il n'est pas possible de conserver un doute sur le diagnostic de la lésion orbitaire qui, vu son aspect clinique et vu sa disparition rapide sans suppuration, ne peut être qu'une périostite, je crois qu'il est moins aisé d'affirmer que les phénomènes cérébraux aient été causés par des altérations méningées, par le retentissement d'une périostite intra-crânienne existant en même temps que la périostite orbitaire ou par la propagation au crâne de cette dernière, qui pourrait encore n'être que consécutive à la première. Il semble que les troubles cérébraux aient devancé les phénomènes orbitaires, tel est le seul apport valable pour la précision du diagnostic.

Mon observation, au point de vue de l'existence de la syphilis chez la malade, est, je le sais, passible de quelques objections. Elle a contre elle l'intégrité apparente de la mère et de l'enfant, mais elle a pour elle l'aveu du père et le résultat merveilleux du traitement.

M. Jullien. — J'ai eu l'occasion d'observer en 1888, à la consultation de l'hôpital Trousseau, l'enfant Louis B... B. (nº 4586), âgé de 11 ans et demi, hérédo-syphilitique avéré, qui présentait, en même temps que beaucoup de lésions caractéristiques, une gomme du rebord orbitaire supéro-externe droit. En ce point on voyait une tumeur du volume d'une grosse noix, absolument à cheval sur le sourcil, lequel la divisait en deux parties égales; œdème de la paupière, gêne des mouvements du globe de l'œil. La tumeur était dure à sa base qui se continuait montueuse, sans ligne de démarcation arrêtée, avec le squelette voisin ; le sommet offrait une certaine mollesse, mais la peau n'adhérait en aucun point. Au dire des parents, le mal avait débuté depuis 15 jours. Il s'agissait certainement d'un syphilome en voie de ramollissement.

Chez ce pauvre enfant, on observait en outre de profondes ulcérations de la région cervicale, dans l'espace situé entre la ligne médiane longitudinale, le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit et le bord supérieur du cartilage thyroïde. Le fond en était irrégulier, couvert de détritus purulents, et fort adhérents aux parties sous-jacentes, se déplaçant avec le larynx.

Enfin l'oreille gauche se faisait remarquer, au niveau de la partie infé-

rieure du lobule, par une perte de substance encore rougeâtre, qui avait creusé une brèche profonde dans le rebord de l'hélix et détruit, comme à l'emporte-pièce, peau et cartilage, lésion qui n'est pas très rare dans l'enfance. Né sain en apparence, il avait été pris, vers le 8e mois, d'ulcérations autour de l'anus, et le traitement spécifique institué à cette époque l'avait préservé pendant plusieurs années. A 5 ans, on avait dû le soigner pour de volumineuses adénopathies cervicales, et le lent phagédénisme du pavillon auriculaire avait débuté dès l'âge de 9 ans.

Le père de cet enfant était indemne, mais la mère, âgée alors de 34 ans, avouait avoir eu la syphilis 14 ans auparavant, en 1874, et elle avait été soignée à Lourcine par M. Fournier. Mariée un an plus tard elle avait





eu 6 grossesses : la première (1875) terminée par un avortement au sixième mois ; la deuxième (1877) par la naissance de notre petit malade ; la troisième en 1879, par la naissance d'un enfant âgé alors de 9 ans et bien portant ; la quatrième grossesse, en 1881, aboutit à une fausse couche à 2 mois ; la cinquième, en 1885, et la sixième, en 1888, auraient donné deux enfants sains jusqu'alors.

Si j'ai rapporté cette observation, c'est qu'elle présente les plus grands rapports avec celle de M. Trousseau, et qu'en outre elle m'a paru curieuse par les caractères d'évidence qu'offraient les lésions, non moins que par la succession toujours intéressante des grossesses heureuses et des avortements chez les femmes qui ont cessé de se soumettre au traitement spécifique.

Quelques nouveaux faits d'alopécie due à la kératose pilaire.

Par M. J. Méneau.

Depuis les remarquables travaux de M. Brocq sur les alopécies de la kératose pilaire, il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur ce sujet, tant la question, à peine soupçonnée jusque-là, a été mise au

point par ce consciencieux observateur. Ce n'est donc point un essai de critique que je viens présenter ici ; bien au contraire. Les quelques observations qu'on trouvera plus loin et que je dois à l'obligeance de M. le professeur agrégé Dubreuilh, ne font que confirmer les vues de M. Brocq.

Au deuxième Congrès de dermatologie et de syphiligraphie qui tint ses assises à Vienne, en 1892, M. Brocq, résumant ses travaux sur la question, distinguait quatre variétés principales d'alopécies de la kératose pilaire.

1° Dans une première variété, il rangeait les faits connus sous le nom d'aplasie moniliforme des cheveux, dans lesquels les poils grêles, courts, frisottants, annelés, sont entourés à leur émergence d'une petite saillie rouge, miliaire, de kératose pilaire. Nous les laisserons complètement de côté ici.

2° Dans une deuxième variété, il rangeait les cas, relativement fréquents, survenant de la vingtième à la cinquantième année, et dans lesquels l'alopécie est constituée par des sortes de petites plaques fort irrégulières de forme et d'étendue, isolées ou communiquant entre elles, couvrant d'ordinaire tout le vertex, et parfois même les régions temporales, et au niveau desquelles le derme est d'un blanc plus ou moins mat, un peu déprimé, comme atrophié et cicatriciel. Dans le voisinage de ces plaques, on trouve des points où le cuir chevelu a sa coloration normale ou est d'un rose pâle ; mais ces points sont parsemés de petites papules rosées circumpilaires à divers degrés d'évolution ; les poils qui centrent ces papules sont grêles, fins, atrophiés ; tandis que, tout voisins, entre les plaques alopéciques, se trouvent, en général, des cheveux normaux, en touffes plus ou moins fournies, suivant le degré d'évolution de la maladie.

M. Brocq fait de cette alopécie en clairières irrégulières, avec tendance à l'atrophie cicatricielle du cuir chevelu, la *caractéristique* de l'alopécie de la kératose pilaire.

3° Dans une troisième variété, M. Brocq range les faits décrits par Taenzer, sous le nom d'Ulérythème ophryogène, qui ne sont que des modifications à peine sensibles de la précédente variété, et dans lesquels le processus dépilant cicatriciel atteint les sourcils d'une façon prédominante ou presque exclusive.

4° Dans une quatrième variété, prennent place les faits, de beaucoup les plus communs, où le processus cicatriciel est au contraire réduit à son minimum. Lorsque ces lésions se développent dans le jeune âge, elles coïncident constamment avec un état d'ichtyose plus ou moins marqué des téguments et de la kératose pilaire rouge des membres, kératose pilaire au début, mais toujours très manifeste. Lorsqu'elles surviennent entre 15 et 25 ans, elles coïncident alors avec de la kératose pilaire des mieux marquées aux membres, pou-

vant même envahir les sourcils et la face. Elles sont également caractérisées par des clairières blanc mat, comme déprimées et d'aspect cicatriciel, disséminées çà et là sur le vertex, irrégulières de forme et d'étendue, isolées ou communiquant entre elles, suivant le degré d'évolution plus ou moins avancé de la maladie, avec, dans leur voisinage, des cheveux normaux, mais entourés parfois de traînées rougeâtres, indices d'un certain processus inflammatoire. Il y a coïncidence de séborrhée humide ou de desquamation sèche du cuir chevelu, ce qui avait fait confondre ce genre d'alopécie avec l'alopécie séborrhéique, et surtout avec l'alopécie prématurée idiopathique, avant les travaux de M. Brocq.

Les observations qui suivent n'ont pour but que de confirmer les vues de M. Brocq. Elles appartiennent toutes à la quatrième variété, de beaucoup la plus commune, au dire même de cet auteur, la seule que nous ayons eu l'occasion de voir à la Clinique dermatologique de la Faculté.

Observation I. — M. X..., ancien notaire, habitant actuellement la campagne, âgé de 78 ans, se présente à la consultation dans le but de prévenir le retour d'un eczéma qui, chaque hiver, depuis 6 ans, envahit les cuisses et les jambes. Ces régions sont actuellement saines, mais le malade est atteint d'une *alopécie totale.*

Le *cuir chevelu* est absolument glabre. Chaque follicule est marqué par un point brun. Par places, on peut voir, à l'éclairage oblique, un très rare duvet. Sur les tempes, où subsiste une douzaine de cheveux, les cheveux sont gros, forts, crépus et noirs.

M. X... ne se rappelle pas avoir jamais eu de cheveux. Leur chute semblerait donc remonter à la première enfance.

Les *sourcils* sont réduits à leur moitié interne, qui est elle-même modérément fournie et presque blanche. La moitié externe manque ou n'est représentée que par quelques poils fins très rares.

M. X... ne se souvient pas non plus de l'époque de la chute de ses poils de sourcils; mais autant qu'il croit, elle remonterait également à sa première enfance. Il ne peut pas non plus nous dire, d'une façon certaine, si la peau était rouge à ce niveau, au moment de la chute des poils. Actuellement, la peau ne paraît pas cicatricielle.

Les *cils* sont intacts.

La *barbe* n'a jamais été atteinte ; on remarque cependant, au niveau de la région parotidienne, quelques cônes cornés circumpilaires.

Les *bras* sont complètement glabres ; la peau est très fine et très lisse ; les follicules sont marqués par des cicatrices à peine appréciables.

Les *avant-bras* sont glabres dans leur plus grande partie, comme les bras, mais avec cette différence que l'on trouve, à la partie postérieure, des parties velues assez bien limitées, formant de larges plaques où tous les poils sont conservés, forts, longs de 1 à 2 centimètres.

Les *mains* sont normalement velues.

Les *cuisses* et les *jambes* sont totalement glabres. La peau y est fine et

lisse. On a peine à reconnaître la place des follicules pileux, qu'on retrouve encore un peu aux cuisses, mais pas du tout aux jambes.

M. X... ne se rappelle du reste que très vaguement avoir eu des poils aux bras et aux jambes ; mais il ne se rappelle pas du tout avoir eu la peau des membres rugueuse et râpeuse.

La *région pubienne* est intacte.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Pas trace d'ichtyose ni de calvitie analogue dans la famille.

Observation II. — Cette observation a trait à un enfant, Octave A..., âgé de 13 ans, dont la mère est atteinte de kératose pilaire assez marquée, mais dont le père, le frère aîné, le frère et la sœur puînés ne présentent aucune anomalie de la peau ou des poils. Le père a seulement les cheveux assez clairsemés.

L'état de cet enfant n'a, paraît-il, jamais varié. Dès sa plus tendre enfance, les bras et les jambes étaient très râpeux.

Les *cheveux* sont clairsemés, mais sans plaques ni clairières, sur toute la partie supérieure de la tête. Le cuir chevelu est souple et paraît sain, mais les cheveux sont de grosseur inégale, quoique généralement très fins. Certains follicules contiennent plusieurs gros cheveux ; d'autres n'en contiennent qu'un seul, très fin.

Les *sourcils* sont extrêmement rares. A première vue même, on dirait qu'ils manquent complètement. Ils sont formés de poils très fins, courts, hérissés, un peu plus nombreux à la partie interne. Dans leur intervalle et surtout en dehors, on trouve un bon nombre de poils duveteux ; mais il faut s'aider à la loupe pour les apercevoir. La peau de la région sourcilière est un peu rosée, chagrinée par une foule de papules très minimes, d'un demi-millimètre environ. Un grand nombre de ces papules sont surmontées d'un petit poil. Ce semis dense de fines papules se retrouve surtout à gauche, dans toute la région péri-auriculaire, où elles forment une bande verticale de 10 centimètres de long sur 3 de large, s'étendant de la tempe à l'angle de la mâchoire.

Sur les *membres*, on ne voit pas actuellement de kératose pilaire bien marquée ; on ne trouve sur les *jambes* que quelques papules cornées ; sur les *cuisses* et aux *muscles* supérieurs, qu'un très léger duvet.

Ce cas rentre bien visiblement dans ceux que M. Brocq a décrits sous le nom de kératose pilaire de la face et du cuir chevelu. Quoique peu nette aux membres, la kératose pilaire y existe pourtant. Si l'ichtyose n'y est pas plus ou moins accusée, si la kératose pilaire du début n'est pas des plus marquées aux membres, comme dans les faits décrits par M. Brocq, il n'y a là, somme toute, qu'une question de degré et cette différence d'aspect ne tient peut-être qu'au moment où fut vu le malade, l'attention des parents n'ayant pas été antérieurement attirée sur ce point.

Si la mère ne s'est pas rappelée que les téguments de son enfant étaient rouges, elle s'est parfaitement souvenue qu'ils étaient autrefois râpeux et rugueux, ce qui permet d'établir rétrospectivement le diagnostic.

Observation III. — Mme R..., âgée de 28 ans, est atteinte depuis cinq ans de pityriasis du cuir chevelu. Jusqu'à cette époque, les poils et la peau étaient restés normaux. Depuis quatre ans, les sourcils se sont raréfiés, surtout à leur partie externe. Au moment où elle se présente à la consultation, le 6 août 1892, les sourcils sont profondément altérés. Sur les deux tiers externes, ils sont presque complètement détruits et on ne trouve quelques poils que sur leur bordure inférieure.

Toute la surface dépilée est complètement glabre : à peine peut-on voir à la loupe quelques poils courts. Cette surface est luisante, d'aspect cicatriciel et présente une teinte rouge assez vive, due à un lacis vasculaire très fin et très accentué.

La face postérieure des *bras* est complètement glabre ; à un examen attentif, on la voit criblée d'une foule de petits points cicatriciels très superficiels et à peine visibles. La peau est complètement lisse ; çà et là, on voit quelques petits cônes épidermiques saillants au niveau d'une douzaine de poils restés sur chaque bras. Dans le cône épidermique se trouve un poil enroulé. Il n'y a point actuellement d'autres poils, mais la malade affirme qu'il y a quelques années, elle avait les bras velus, comme tout le monde. Sur la face postérieure des *avant-bras*, les poils sont encore assez nombreux, mais on trouve d'assez grandes surfaces dépilées et quelques cônes kératosiques.

Les *cheveux* sont très notablement raréfiés, surtout au sommet de la tête. Dans la partie antérieure du vertex, on trouve plusieurs clairières, dont les deux plus grandes sont situées sur les côtés de la ligne médiane. La plus grande des deux est du côté gauche : elle atteint la dimension d'une pièce de cinq francs ; elle n'est complètement glabre sur aucun point, mais sur toute sa surface, les cheveux sont très rares et la plupart d'entre eux sont très courts et très fins.

Le *cuir chevelu* n'est ni rouge, ni épaissi. Il présente une desquamation sèche ; la malade éprouve quelques démangeaisons. Sa surface est grasse, blanche, nacrée. Il n'y a pas de papules circumpilaires, quelques points sont plus nettement cicatriciels. On y voit des clairières mal limitées qui ne se seraient formées que depuis trois semaines. Dans leur voisinage, les cheveux sont clairsemés ; un grand nombre d'entre eux sont follets. Dans les parties les moins atteintes, on remarque une desquamation séborrhéique des plus nettes.

Les *membres inférieurs* présentent le même état que les bras. Aux jambes, les poils sont rares ; aux cuisses, ils manquent absolument. La dépilation des jambes aurait débuté il y a cinq ou six ans.

A la face dorsale des doigts, les poils sont conservés.

Les joues, la région péri-auriculaire sont un peu rouges et très vascularisées, sans papules ni alopécie.

Observation IV. — M. F..., âgé de 23 ans, d'origine allemande, vient consulter M. le professeur Dubreuilh au sujet de la chute graduelle de ses sourcils (1er janvier 1893). Il a remarqué, depuis environ quatre ans, que lorsqu'il travaillait, il tombait fréquemment sur son papier des poils de ses sourcils. Actuellement, les sourcils sont bien conservés dans leur tiers interne, mais, dans la partie externe des deux côtés, les poils sont très

clairsemés, courts et hérissés ; au lieu d'être tous parallèlement couchés de dedans en dehors, il se dirigent dans tous les sens, ce qui leur donne un aspect broussailleux. La peau de cette région présente une rougeur marquée ; quelquefois même le malade y a remarqué des croûtes. On note quelques points de kératose pilaire sur les parties latérales de la face, au niveau des branches montantes du maxillaire inférieur. Ses bras présentent des traces de kératose pilaire ancienne et en évolution. Rien à noter aux cuisses, qui sont normalement velues.

Le séjour au bord de la mer serait favorable au malade et les poils des sourcils tomberaient alors moins abondamment.

Traitement : Pommade à l'ichtyol à 5 p. 100.

Le 20 mars, les poils ne tombent plus et la rougeur de la région sourcilière a beaucoup diminué.

Ce cas diffère du précédent par l'absence de séborrhée qui est au contraire assez nette dans l'observation III.

Observation V. — Héloïse B..., 15 ans, est atteinte depuis trois mois de séborrhée du sourcil gauche, suivie de desquamation abondante, et de chute des sourcils. Les parties malades ne présentent aucune réaction inflammatoire; pas de parasites ; le cuir chevelu est couvert d'un enduit jaune, gras, séborrhéique; la région sourcilière est un peu rouge (20 mai 1892).

Traitement : Lotion au panama pour le cuir chevelu; lotion soufrée pour les sourcils.

10 juin. Les deux tiers externes du sourcil gauche et la région avoisinante sont rouges, squameuses, pityriasiques ; les limites du mal ne sont pas bien fixées. La peau est fortement pigmentée sur toute la face, tandis qu'elle est rosée au niveau du sourcil et des régions qui l'avoisinent. La région des sourcils et la paupière supérieure sont un peu œdématiées ; et les sourcils sont rares, buissonneux. La séborrhée du cuir chevelu est d'intensité médiocre.

Le côté opposé n'offre rien d'analogue. Les angles des mâchoires et les bras sont sains.

Traitement : Axonge 20, ichtyol 2.

28 octobre. Après une amélioration survenue à la suite du précédent traitement, la malade a rechuté. Une large plaque couvre maintenant toute la région du sourcil gauche. La peau est couverte d'une desquamation en petites lamelles nacrées, très abondantes. Les sourcils sont devenus très clairsemés.

Traitement : Pommade au calomel.

4 novembre. La peau est à peu près guérie au niveau des sourcils qui commencent à repousser assez bien.

Traitement : Lotion résorcinée pour le cuir chevelu, même traitement sur les sourcils.

18. L'état squameux a totalement disparu, mêmes prescriptions.

Janvier 1893. Mort de tuberculose pulmonaire.

S'agissait-il de séborrhée, comme on l'avait pensé au début, ou de kératose pilaire ?

La rougeur accusée des régions sourcilières et avoisinantes, permettrait de pencher en faveur de la deuxième hypothèse. Seule, l'asymétrie des lésions pourrait plaider contre.

Bien que l'on n'ait pas noté de kératose pilaire sur les membres ou le tronc, le siège même de l'alopécie aux sourcils fait penser à cette dernière maladie.

On note ici la desquamation fine, pityriasique des téguments, signalée dans la kératose pilaire. L'accroissement des lésions, la poussée qu'elles ont subie vers la quinzième année, appartiennent également à cette maladie, et si on n'a pas noté les points et tractus blanchâtres légèrement déprimés, les atrophies cicatricielles des sourcils, c'est que la jeune malade est malheureusement morte trop tôt pour permettre à l'affection cutanée de parcourir son cycle entier. Mais cette mort par tuberculose est un argument de plus en faveur du diagnostic de kératose pilaire, car d'après M. Brocq lui-même, et en dépit des opérations d'Hebra, les tuberculeux sont les sujets de choix de la kératose pilaire.

Il s'agit simplement ici d'un cas où le processus s'est trouvé réduit à son minimum.

Observation VI. — Marie D..., tailleuse, âgée de 41 ans, est une enfant naturelle qui n'a jamais connu ses parents.

Comme antécédents personnels, elle a eu dans son enfance de fréquentes poussées d'eczéma impétigineux dû à la pédiculose d'une part et, d'autre part, de la séborrhée et de l'eczéma séborrhéique, autant que permettent de le supposer les dires de la malade. Elle est de plus hystérique depuis l'âge de 20 ans.

Les *cheveux*, d'un châtain assez clair, sont clairsemés sur toute la partie supérieure de la tête, fournis sur le reste de l'étendue du cuir chevelu. La chute des cheveux n'a jamais causé de douleur et s'est produite, progressivement, sous l'influence du peigne : la malade n'y avait même pas fait attention, dès le début.

Actuellement, des deux côtés de la ligne médiane, à peu près sur les bosses frontales, on voit deux plaques symétriques, grandes comme la paume de la main, de forme arrondie, où les cheveux sont très clairsemés.

Les cheveux, très rares au centre, sont plus nombreux à la périphérie. Les plaques sont assez mal délimitées ; il n'y a pas de surface complètement glabre. On trouve à ce niveau, un mélange de cheveux complètement normaux, avec d'autres gros, crêpelés, ressemblant à ceux qui repoussent sur d'anciennes plaques faviques, et d'autres courts, fins, comme atrophiés.

Le cuir chevelu est blanc, nacré, présente un aspect atrophique, presque cicatriciel. Il n'y a plus trace des follicules des cheveux qui manquent. Certains des cheveux conservés présentent, à leur base, une auréole bru-

nâtre, avec une dépression punctiforme, d'où sort le cheveu, lequel est parfois entouré d'une petite élevure squameuse. Cette auréole se voit encore mieux lorsqu'on plisse la peau, qui se ride alors en une multitude de points.

Le cuir chevelu n'est le siège d'aucun symptôme subjectif constant ; le toucher n'est pas douloureux. Les petites élevures squameuses, dont il vient d'être question, pourraient faire penser à de petits éléments d'eczéma séborrhéique ; mais on ne trouve nulle part les croûtes jaunâtres de cet eczéma, que la malade paraîtrait avoir eu cependant, d'après son dire.

Les sourcils sont rares sur leur moitié externe, et légèrement broussailleux.

Les *bras* ont conservé un certain nombre de poils sains, plus rares cependant qu'à l'état normal.

Les places où il en manque sont atrophiées.

La face palmaire des *mains* n'est pas très ichtyosique ; les plis longitudinaux sont cependant nettement accusés.

Les *membres inférieurs*, surtout les cuisses, sont kératosiques.

Depuis les travaux de M. Brocq, on sait que si la kératose pilaire et l'alopécie consécutive sont excessivement fréquentes aux membres, elle est beaucoup plus rare au tronc, et beaucoup plus encore à la face et surtout au cuir chevelu.

Les statistiques réunies par M. Brocq en font du reste parfaitement foi, et je n'en ai trouvé que deux cas, parmi les observations recueillies par M. Dubreuilh.

Il faut avouer du reste que la plupart des cas échappent à l'observation ; le médecin n'est en général consulté que pour des cas tout à fait extrêmes d'alopécie du cuir chevelu et des sourcils ou par des jeunes femmes, des jeunes filles, que cette petite dystrophie de la peau empêche de se décolleter.

M. Brocq a contribué par ses recherches à la faire distinguer de l'alopécie séborrhéique à laquelle du reste elle ressemble beaucoup. Elle est, comme elle, précédée ou accompagnée d'une fine desquamation pityriasique et ses caractères distinctifs sont plutôt d'ordre négatif. Les cheveux sont simplement secs, un peu raréfiés (alopécie en clairières). On est le plus souvent guidé par la coexistence d'autres lésions kératosiques ; mais on ne peut beaucoup compter sur la kératose des membres, parce qu'elle est trop commune, trop banale et qu'elle peut coïncider avec les affections cutanées les plus diverses.

Il n'en est pas de même, par exemple, de l'alopécie sourcilière qui accompagne la plupart des cas d'alopécie du cuir chevelu. Celle-ci présente des caractères distinctifs, faciles à reconnaître : poils rares, déviés, laissant voir un derme rouge, chagriné, criblé de petites saillies et de taches blanches atrophiques. Cette alopécie sourcilière peut même être le seul symptôme de la maladie qui ne s'étend parfois pas plus loin.

S'appuyant sur cette hyperkératose qui, s'accompagnant d'érythème, finit par aboutir à l'alopécie atrophique, Taenzer en avait fait une entité morbide spéciale, sous le nom d'ulérythème ophryogène (troisième variété des alopécies de la kératose pilaire de M. Brocq). Il faut du reste reconnaître que sa présence est d'un très grand secours pour le diagnostic.

Celui-ci est, en effet, important à faire au point de vue pronostique, car une alopécie séborrhéique peut être enrayée ou même guérie au début, tandis qu'une alopécie kératosique est singulièrement plus rebelle ; et s'il est difficile d'enrayer sa marche, il est de toute impossibilité de réparer les désordres qu'elle a causés. Pour justifier ce diagnostic, nous disons que :

1° La kératose pilaire fait partie de l'ichtyose, car, comme elle, elle est héréditaire. Elle commence à se manifester dès la première enfance, et accompagne toujours à cet âge l'ichtyose. Dans certains cas d'ichtyose, chez les enfants, tous les poils des membres sont atteints ; dans tous, on trouve un grand nombre de follicules atteints de kératose typique. Enfin, dans les cas d'ichtyose modérée, les lésions sur le tronc sont caractérisées par un état râpeux dû à des cônes cornés pilaires tout à fait semblables à ceux de la kératose pilaire.

On observe de plus chez les kératosiques comme chez les ichtyosiques, la rudesse au toucher, la sécheresse à la poignée de main, l'exagération des plis longitudinaux de la main, ainsi que les altérations analogues de la plante des pieds.

2° Le système pileux (et notamment les cheveux), est rarement bien développé chez les ichtyosiques. Ceux-ci ont en effet les cheveux plutôt fins, à développement tardif. Ce ralentissement, cette pénurie paraissent attribuables à des altérations kératosiques, à une ébauche d'altération kératosique.

3° Cependant, la kératose pilaire est une maladie nettement évolutive. Elle a un commencement, un milieu, une fin, sinon pour l'individu, au moins pour chaque poil en particulier. On s'est justement appuyé sur ce fait pour la différencier de l'ichtyose. M. Brocq, tout partisan qu'il est de la non identité des deux maladies, a cependant reconnu qu'elle s'accompagne fort souvent de xérodermie, forme atténuée d'ichtyose et parfois même d'ichtyose vraie.

Dans son important travail sur l'ichtyose, Tommasoli vient de démontrer que l'ichtyose n'est pas une difformité, une malformation de la peau ; qu'elle est une véritable maladie à évolution, lente à la vérité et avec périodes stationnaires, mais réelle ; et pour le prouver, il s'appuie justement sur la kératose pilaire en général, et sur la forme sourcilière en particulier. Or celle-ci est loin d'être immuable. Elle apparaît généralement dès l'enfance, évolue pendant un certain

nombre d'années puis guérit, après avoir détruit tous les poils de la région affectée, ou après s'être arrêtée en route. Elle peut de plus présenter des variations d'intensité, être modifiée par des influences générales, et le traitement local lui-même a sur elle une action évidente ; enfin, elle arrive souvent à disparaître seule, du fait même de l'âge. Il est très fréquent de voir la kératose pilaire, très accusée dans l'enfance, disparaître plus tard.

Enfin, la kératose pilaire des membres peut s'accompagner, comme l'ichtyose, de symptômes subjectifs très nets, surtout en hiver, parmi lesquels, au premier plan, le prurit et l'eczéma. Le prurit augmente sous l'influence de la sueur. Ce prurit hivernal ne doit cependant pas être confondu avec le prurit hivernal proprement dit ou prurigo hiemalis de Duhring.

La démangeaison qui survient en hiver chez les sujets atteints de kératose pilaire sur la face externe des membres, tient aux ablutions plus rares et à l'accumulation de l'épiderme aux orifices folliculaires. Elle n'apparaît pas seulement l'hiver, pour disparaître au printemps et pendant toute la durée de l'été. La démangeaison des ichtyosiques ne s'atténue pas par le fait même que la température s'adoucit, comme le prurigo hiemalis : elle n'est pas proportionnelle à la sévérité de l'hiver ; et bien que Hutchinson l'ait notée dans l'ichtyose ansérine des scrofuleux, elle n'a pas ce caractère de périodicité vespérale, de diminution par le froid brumeux ou pluvieux, d'aggravation par le froid sec et la bise que présente la maladie de Duhring.

L'eczéma des kératosiques est analogue à celui des ichtyosiques. On a prétendu que l'ichtyose typique manquait absolument d'élément inflammatoire érythémateux, et on a voulu en faire un argument de différenciation entre les deux maladies.

Sans vouloir reprendre, après Tommasoli, l'interprétation des faits d'ichtyoses irritables signalées par M. Besnier, de formes aiguës du professeur Kaposi, de complication d'eczéma dans l'ichtyose admis par M. Brocq, je me bornerai à constater que dans la kératose pilaire, comme dans l'ichtyose (et c'est un trait d'union de plus à signaler entre les deux maladies), l'eczéma est dû en partie à la sécheresse de la peau et à sa vulnérabilité au froid, au vent, qui la fait gercer. Si ces quelques faits ne sont pas suffisants pour démontrer, ils tendent du moins à faire admettre que la kératose pilaire touche par de nombreux points à l'ichtyose ; qu'elle peut être considérée comme une forme de cette maladie localisée aux follicules pileux, lesquels présentent au plus haut degré des caractères évolutifs, très atténués dans l'ichtyose proprement dite où ils existent cependant, comme Tommasoli l'a signalé.

Un prochain travail essaiera de démontrer le bien fondé de ce qu'on serait actuellement tenté de prendre pour une simple vue de l'esprit.

Sur une épidémie de teigne tondante à l'asile Lambrechts.

Par M. Louis Wickham.

Voir page 629.

Les teignes tondantes à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis (École Lailler) en 1894.

Par M. Béclère, médecin des hôpitaux.

Voici cinq mois que m'est confiée, dans cet hôpital, avec le service du regretté docteur Quinquaud, la direction médicale de l'école des enfants teigneux, et la courte expérience que je viens d'acquérir ne m'autoriserait guère à prendre la parole devant vous si le récit de ce qu'il m'a été donné d'observer n'empruntait, je crois, quelque intérêt au moment présent.

Nous sommes en effet parvenus dans l'histoire des teignes à un tournant de la route où l'horizon change. Nous entrons dans une nouvelle période qui datera des récents travaux sortis du laboratoire de mon cher maître, M. Besnier. Le nom de teigne tondante revêt une signification neuve. Il ne désigne plus comme hier une entité morbide, mais un syndrome que réalisent des champignons d'espèce différente. Sous cette appellation plusieurs maladies sont confondues, il existe en réalité des teignes tondantes comme on sait aujourd'hui qu'existent des angines pseudo-membraneuses, des pleurésies purulentes causées par des microbes divers. Telle est du moins la conclusion des recherches si intéressantes de M. Sabouraud, formulée en ces termes dans sa thèse récente sur les Trichophyties humaines :

« Sous le nom commun de *teigne tondante trichophytique* on a confondu, jusqu'à ce jour, deux maladies complètement et absolument distinctes, d'une fréquence à peu près égale et qui n'ont de commun que de s'attaquer l'une et l'autre au cheveu.

« L'une de ces tondantes est effectivement causée par les mêmes parasites cryptogamiques qui créent les trichophyties d'autre siège. Elle mérite donc de conserver son nom de tondante *trichophytique.*

« L'autre, que j'appelle *tondante spéciale de Grüby*, du nom de celui qui décrivit pour la première fois son parasite, est causée par le *microsporon Audouini* (Grüby) ET CE PARASITE N'EST PAS UN TRICHOPHYTON. »

Que ces affirmations n'aient pas encore conquis l'assentiment général, que même elles aient été contestées, cela ne saurait surprendre. Mais

si elles sont fondées, si d'autre part il est démontré que ces deux catégories de teignes tondantes ne comportent pas le même pronostic, ni peut-être le même traitement, le médecin chargé de soigner des enfants teigneux ne peut plus se contenter du diagnostic générique naguère suffisant, il doit s'efforcer d'aller plus avant. J'ai donc cherché à vérifier, d'après nature, dans leurs applications à la clinique, les idées nouvelles, et j'ai d'abord plaisir à remercier M. Sabouraud de l'obligeance et de la bonne grâce avec lesquelles il m'a montré ses préparations, ses cultures, et a bien voulu m'instruire des détails de sa technique.

Examen microscopique. — Pour le diagnostic microscopique, c'est le procédé si simple et si rapide de l'examen du cheveu dans une goutte de solution de potasse à 40 pour 100, après ébullition, qui m'a toujours servi. J'ai commencé, en effet, par demander presque exclusivement au microscope le diagnostic de l'affection de chacun des 119 enfants réunis à l'école, en l'absence de tout document écrit qui pût me renseigner, sans idée préconçue par conséquent, et devant l'apparente similitude, au premier aspect, des têtes soigneusement rasées et épilées.

Après élimination des enfants atteints de pelade ou de teigne faveuse et de ceux, au nombre de 9, chez qui l'examen microscopique des cheveux ne m'a révélé aucun parasite, j'ai trouvé en fin de compte 82 enfants porteurs de teigne tondante auxquels sont venus plus tard s'ajouter 26 nouveaux cas de la même affection. Chez tous ces enfants, à l'exception d'un seul dont je parlerai plus loin, les cheveux malades, examinés au microscope à diverses reprises, m'ont toujours montré l'un ou l'autre des aspects suivants si opposés décrits par M. Sabouraud :

1° Ou bien des spores *petites* (de 2 à 3 μ de diamètre) *agrégées en mosaïque, autour* du cheveu;

2° Ou bien des spores *grosses* (de 5 à 7 μ de diamètre) *ordonnées en files régulières*, à *l'intérieur* du cheveu.

Tous les élèves du service en ont fait l'expérience : il suffit de bien voir une fois, à un même grossissement et côte à côte, ou à quelques instants d'intervalle, deux cheveux dont l'un est engainé d'une mosaïque de petites spores tandis que l'autre est farci de chaînettes de grosses spores, pour être frappé du contraste.

On ne s'y trompe plus désormais, et avec un peu d'habitude il devient facile de distinguer au premier coup d'œil ce que par abréviation on appelle la petite et la grosse spore, en sous-entendant les autres caractères non moins importants liés à la plus ou moins grande dimension des éléments parasitaires.

Cultures. — J'insiste sur la facilité du diagnostic au microscope parce que les cultures en ont vérifié l'exactitude : les cheveux de 40 enfants ont été ensemencés et mis à l'étuve. En l'absence d'un

laboratoire désormais indispensable à l'école des teigneux, M. Sabouraud a mis obligeamment à ma disposition le matériel nécessaire.

J'ai fait moi-même quelques-uns de ces ensemencements sur gélose-peptone maltosée. Mon excellent interne, M. Junien-Lavillavroy, avec l'aide de M. Sabouraud en a fait un plus grand nombre. Nous nous sommes ainsi assurés qu'avec un peu de soin, tout médecin peut au besoin contrôler par la culture le résultat de l'examen microscopique. Mais, en pratique, cet examen suffit, car en négligeant une ou deux erreurs commises tout au début de notre apprentissage, la culture est toujours venue confirmer notre premier diagnostic et nous montrer pour les cheveux à petites spores le tapis duveteux, amiantacé, pour les cheveux à grosses spores le cratère poudreux dont j'ai l'honneur de vous présenter les exemplaires que voici.

On ne saurait voir plus grande dissemblance entre ces deux catégories de cultures, et au contraire similitude plus complète entre les cultures d'une même catégorie

Tous les élèves du service annoncent maintenant à coup sûr le genre de culture que donnera après ensemencement un cheveu examiné au microscope. J'ajoute que pas une fois jusqu'à ce jour les examens, maintes fois répétés par différentes personnes, des cheveux d'une même tête ne nous ont fait découvrir un enfant porteur à la fois de petites spores et de grosses spores, que toujours les enfants d'un même groupe familial ou scolaire, qu'il était légitime de supposer contaminés à la même source, nous ont montré des cheveux présentant même aspect. Aussi notre conviction est faite à nous tous qui, à l'école des teigneux, avons pris part à ces recherches de contrôle : il existe bien deux teignes tondantes distinctes causées par des parasites différents, faciles à séparer au microscope, car leurs spores ne présentent ni la même dimension, ni le même siège, ni le même mode d'agmination. Ces deux maladies distinctes, on peut par abréviation les appeler la teigne tondante à grosses spores et la teigne tondante à petites spores. S'il est vrai que l'agent de cette dernière ne soit pas un trichophyton, et je laisse aux botanistes compétents à décider sur ce point, on peut aussi, comme le fait dans un louable esprit de justice restrospective celui qui nous a appris à distinguer ces deux maladies, les dénommer la teigne tondante trichophytique et la teigne tondante spéciale de Grüby, mais pour que justice soit complète, je vous propose d'adopter plutôt comme synonyme de tondante à petites spores le nom couramment employé par les élèves dans le service, celui de *tondante spéciale de Grüby-Sabouraud.*

Examen clinique. — Spécifiées par leur cause, les deux tondantes ne se distinguent pas moins à l'œil nu par l'aspect différent du cuir chevelu et des cheveux. Nous l'avons vérifié sur les enfants de l'école, et nous le vérifions surtout à la consultation sur des enfants dont les

lésions sont moins défigurées par le traitement. L'examen microscopique des cheveux, toujours pratiqué, ne fait le plus souvent que confirmer le diagnostic porté à l'œil nu par le moins expérimenté des élèves. Pour le diagnostic de la tondante à petites spores, la gaine blanchâtre qui revêt à sa base le cheveu malade est l'élément caractéristique avant toute épilation, et quand on épile ce cheveu, l'étui d'un blanc crayeux qui entoure la portion de racine amenée par la pince est encore plus pathognomonique ; pour la tondante à grosses spores au contraire c'est l'absence de cette gaine qui est l'élément principal du diagnostic. Mais je ne veux pas donner ici tous les signes qui dans la grande majorité des cas permettent le diagnostic à l'œil nu, il me faudrait répéter tout ce qu'a écrit à ce sujet M. Sabouraud.

Il est cependant un point où je ne suis pas entièrement d'accord avec cet observateur. Je lis dans sa thèse : « L'agent de la tondante à petites spores, le *microsporum Audouini*, est *un parasite du cheveu de l'enfant, il ne cause qu'une tondante* et jamais on ne le voit, comme le trichophyton, causer chez l'adulte de lésion circinée de la peau » ; et plus loin : « Il suffit souvent pour faire le diagnostic de la tondante trichophytique d'examiner le cou ou le visage de l'enfant et quand on y trouve une plaque circinée de la peau glabre, le diagnostic est certifié ».

A cette règle, dont j'ai vérifié l'exactitude, j'ai trouvé cependant des exceptions, il est vrai, très rares. Les schémas que j'ai l'honneur de vous présenter montrent, reproduits par le dessin dans leurs lignes essentielles la face, la nuque, les deux profils et le sommet d'une tête rasée; je les ai fait tirer pour pouvoir joindre à nos observations un cliché exact de la topographie des lésions. Sur un de ces schémas vous pouvez voir que l'enfant qu'il représente porte en même temps qu'une plaque de tondante du cuir chevelu une plaque circinée de la joue. L'examen microscopique et la culture ont démontré que ces deux lésions avaient pour agent parasitaire celui de la teigne à petites spores.

J'ai observé trois autres cas analogues ; dans l'un d'eux le nez et les joues portaient des plaques circinées et la mère de cet enfant racontait avoir elle-même présenté à la face une plaque semblable, d'ailleurs très fugitive et que je n'ai pas vue. Il s'agit, je le répète, d'exceptions très rares qu'il importait toutefois de signaler.

A dessein je n'ai parlé jusqu'à présent que des deux espèces principales de teignes tondantes, sans ignorer que M. Sabouraud a poussé plus loin leur division. Je sais que la tondante à grosses spores comprend elle-même plusieurs espèces secondaires. L'examen microscopique, la culture et l'observation clinique m'ont permis de constater leur réalité et de faire leur diagnostic différentiel en vérifiant une fois de plus l'exactitude des descriptions que vous connaissez. Mais en

dehors des teignes tondantes d'origine animale bien peu fréquentes, puisqu'il n'en existe qu'un seul cas à l'école, celui auquel je faisais allusion tout à l'heure, en dehors de quelques autres espèces aussi rares, la teigne tondante à grosses spores ne comprend que deux espèces secondaires très habituellement observées. Ces deux espèces ou plutôt leurs champignons se distinguent surtout par leurs cultures, acuminées ou cratériformes, ainsi que par la faible ou la grande résistance de leur mycélium à l'action de la potasse. C'est l'espèce à cultures cratériformes et à mycélium résistant qui est de beaucoup la plus fréquente. Je l'ai vue pour ainsi dire seule représentée à l'école des teigneux à l'exclusion presque complète de la tondante à mycélium fragile et à cultures acuminées, dite aussi, en raison de ses caractères cliniques, tondante peladoïde. Aussi tout ce que je dirai plus loin de la teigne tondante à grosses spores, on devra l'entendre exclusivement de la plus fréquente de ses deux espèces secondaires, de la tondante trichophytique à mycélium résistant et à cultures cratériformes.

Fréquence relative. — La fréquence relative des tondantes à grosses spores et à petites spores est forcément sujette à de grandes variations suivant qu'une épidémie survenant dans une agglomération d'enfants multiplie brusquement le nombre des cas de l'une ou de l'autre. D'une façon générale, la tondante à petites spores semble cependant bien être la plus fréquente.

Au commencement de l'année, les 82 enfants atteints de tondante que contenait l'école se répartissaient ainsi sans distinction de sexe : 47 porteurs de petites spores pour 39 porteurs de grosses spores, mais la fréquence relative des deux espèces de teignes apparaissait renversée suivant qu'on regardait seulement les garçons ou les filles, comme l'indiquent les chiffres qui suivent :

Garçons : 66

Teigne tondante à petites spores............	42 cas
— à grosses spores...........	24 cas

Filles : 16

Teigne tondante à petites spores	5 cas
— à grosses spores...........	11 cas

Degré de contagiosité. — Au point de vue de la contagion, la tondante à petites spores semble bien être celle qui se propage le plus facilement. Sur les 82 enfants atteints de tondante que j'ai trouvés à l'école en prenant le service, 7 d'entre eux, entrés pour la pelade, soit 5 garçons et 2 filles, y avaient, en dépit des précautions, contracté la teigne tondante et portaient tous de petites spores. J'ai dû renvoyer les enfants uniquement atteints de pelade et suspendre pour

cette maladie les entrées à l'école où d'ailleurs les places disponibles ne suffisent pas aux seules tondantes.

Limites d'age. — Au point de vue de l'âge, j'avoue que je n'ai pas observé entre les enfants atteints de l'une ou de l'autre des deux teignes tondantes, les différences si tranchées que signale M. Sabouraud. La plus notable de ces différences, je la trouve dans ce fait que, parmi les enfants présents à l'école, les plus âgés des porteurs de petites spores n'ont pas dépassé 13 ans, tandis que le plus vieux des porteurs de grosses spores est âgé de 15 ans. Au surplus, voici les chiffres :

Pour la tondante à grosses spores je compte :

3	enfants	de	5	ans
2	—	de	6	—
3	—	de	7	—
8	—	de	8	—
7	—	de	9	—
3	—	de	10	—
8	—	de	11	—
8	—	de	12	—
1	—	de	15	—

Cette maladie fréquente, on le voit, de 10 à 12 ans, ne l'est pas moins de 8 à 10 ans, et atteint des enfants de 5, 6 et 7 ans.

Pour la tondante à petites spores par contre, je compte :

2	enfants	de	4	ans
7	—	de	5	—
2	—	de	6	—
12	—	de	7	—
12	—	de	8	—
9	—	de	9	—
7	—	de	10	—
5	—	de	11	—
3	—	de	12	—
2	—	de	13	—

J'ajoute que 4 des enfants qui ont dépassé 10 ans, l'un d'eux âgé de 13 ans, sont entrés tout récemment à l'école, malades depuis peu.

M. Sabouraud dit que la tondante à petites spores contractée presque exclusivement dans la première enfance ne se rencontre plus que rarement au delà de 8 ans, sauf, ajoute-t-il, comme reliquat d'une contagion antérieure ou dans un foyer épidémique très actif. On voit combien ces réserves sont nécessaires et comme il convient, je crois, de les accentuer encore ; mais il semble bien vrai que la ton-

dante à petites spores a son maximum de fréquence au-dessous de 8 ans.

Évolution et durée. — Au point de vue de l'évolution des deux maladies, les chiffres que j'ai relevés démontrent que pour chacune d'elles il existe des cas de longue durée.

Parmi les enfants dont l'entrée à l'école remonte à plus d'un an, j'en compte *cinq* porteurs de petites spores :

1	enfant	entré	depuis	plus de 24	mois
1	—	—	—	 17	—
1	—	—	—	 15	—
2	enfants	—	—	 14	—

Je sais d'ailleurs que parmi ces enfants beaucoup avant de venir à l'école ont été longuement traités ailleurs, tel un enfant, entré depuis six mois et qui avait été traité auparavant pendant quinze mois, dont la maladie, par conséquent, date d'au moins vingt et un mois.

Parmi les enfants porteurs de grosses spores, au total moins nombreux que les premiers, il en existe cependant davantage dont l'entrée à l'école remonte à plus d'un an, j'en compte en effet sept :

1	enfant	entré	depuis	23	mois	
1	—	—	—	17	—	
2	—	—	—	16	—	
1	—	—	—	15	—	
1	—	—	—	13	—	
1	—	—	—	12	—	passés.

Et cependant je laisse de côté deux enfants entrés l'un depuis 20 mois, l'autre depuis 17 mois, atteints comme les précédents de tondante à grosses spores, mais dont les cultures ont montré un trichophyton d'espèce particulière et rare.

En résumé, la teigne tondante à petites spores n'est pas seule à présenter des cas de longue durée, des cas rebelles, bien que la possibilité d'une prolongation dépassant trois et même quatre ans paraisse son fâcheux privilège.

D'ailleurs fixer les limites de l'évolution naturelle de chacune des teignes tondantes ne me paraît pas possible encore. Pour atteindre ce but, plusieurs années d'observation patiente sont nécessaires et il faudra recueillir des faits nombreux avec examens microscopiques, cultures, préparations permanentes des cheveux malades et schémas analogues à ceux que je vous montrais tout à l'heure. On apprendra beaucoup de l'histoire détaillée des épidémies qui frappent une agglomération d'enfants, particulièrement de celles où tous les enfants atteints peuvent être suivis depuis le début jusqu'à la terminaison de la maladie. M. Wickham vient tout à l'heure de donner, à ce point de vue, l'exemple à suivre.

Alors seulement, on pourra comparer entre elles l'évolution des diverses teignes tondantes, et, quand on aura aussi exactement que possible fait la part de la *graine*, on pourra chercher à établir celle du *terrain* et à déterminer les conditions qui font la guérison spontanée, plus rapide ou plus lente chez divers enfants atteints en même temps par le même parasite ou sur diverses régions d'une même tête.

Traitement. — Alors aussi, quand la marche naturelle des diverses teignes tondantes sera bien connue, les médecins se mettront d'accord sur la valeur à attribuer aux médications si nombreuses préconisées contre ces maladies. J'ai abandonné, j'en fais l'aveu, devant ce que j'ai observé à l'école des teigneux, les espérances thérapeutiques conçues à la lecture de récentes publications et il m'est permis de dire, je crois, sans manquer de respect à la mémoire d'un maître trop tôt disparu, que M. Quinquaud et M. Butte, avec beaucoup d'autres médecins, se sont fait illusion en croyant avoir découvert le moyen d'abréger considérablement la durée de la teigne tondante. Mon excuse est dans le vieil adage : *amicus Plato, magis amica veritas*. L'opinion que je viens d'exprimer a d'ailleurs été publiée déjà et appuyée des meilleures preuves par M. Tenneson. La vérité depuis longtemps enseignée dans cet hôpital, par M. Besnier principalement, c'est que le parasite, si facile à détruire *in vitro* ou sur la peau glabre, demeure, dans la profondeur du follicule pileux, tout à fait inaccessible. Telle est la principale raison des échecs thérapeutiques.

Les travaux de M. Pottevin sur l'aldéhyde formique, à l'Institut Pasteur, montrent que trois millièmes de cet agent ajoutés à une culture trichophytique suffisent pour la stériliser, et cependant les essais de traitement que poursuit à mes côtés ce chercheur, à l'école des teigneux, demeurent encore loin du but. Mais je ne veux pas m'étendre sur les difficultés du traitement des teignes tondantes. Un des plus assidus parmi les visiteurs de l'école, le docteur Henri Martin, vient, avec autant d'esprit que de jugement, de les exposer dans une thèse dont il me faudrait citer toutes les pages.

Le médecin, cependant, ne reste pas désarmé devant la teigne tondante, on se tromperait fort en me prêtant cette opinion. Je crois, au contraire, qu'il peut rendre au malade et à son entourage de très grands services.

Rien n'est plus important d'abord qu'un diagnostic précoce. Tout au début de la maladie, il dépend du médecin d'étouffer dans l'œuf l'épidémie qui va naître, en isolant les premiers cas ; il dépend de lui aussi de détruire le parasite dans les points où la lésion est encore exclusivement épidermique, et de l'expulser avec les cheveux qui ont encore gardé une résistance suffisante pour pouvoir être épilés en entier. Je ne saurais trop, à ce sujet, recommander le procédé préconisé par M. Sabouraud pour faire apparaître sur la tête rasée les cercles parasitaires épidermiques qui, sans son emploi, échapperaient à la

vue : c'est le badigeonnage complet de tout le cuir chevelu à la teinture d'iode. Ce moyen de diagnostic et de traitement à la fois renseigne exactement le médecin sur l'étendue des lésions et du même coup supprime tous les points d'inoculation secondaire où l'épiderme est déjà envahi et le cheveu encore respecté. J'ai adopté cette pratique et tous les enfants de l'école ont au moins une fois par semaine la tête entièrement badigeonnée de teinture d'iode.

Au cours de la maladie, comme à son début, la limitation des lésions à l'aide de l'épilation et des soins de propreté du cuir chevelu, la protection et l'isolement des plaques à l'aide des emplâtres et des vernis antiseptiques empêchent la dissémination des spores, préviennent la contagion de l'entourage et épargnent à l'enfant atteint, avec de nouvelles lésions, une plus longue durée du mal. Enfin, à la dernière période de l'affection, quand, pour retarder peut-être de plusieurs mois la guérison définitive, il n'existe plus, épars au milieu d'une forêt de cheveux sains, que quelques cheveux malades, isolés et éloignés les uns des autres, il est permis, je crois, sans dommage pour l'enfant et au grand bénéfice de ses études interrompues, de détruire individuellement par l'électrolyse ou l'huile de croton chacun des derniers follicules pileux où se cantonne le parasite.

Pour conclure, je pense que le moment est venu pour tout médecin chargé de soigner des teignes tondantes de tenir grand compte, dans sa pratique, des remarquables découvertes du docteur Sabouraud et de leur demander un diagnostic plus précis, un pronostic plus sûr qui le garderont des illusions thérapeutiques et l'aiderout dans la recherche toujours poursuivie d'un traitement rapide et certain.

M. Sabouraud. — Je tiens d'abord à remercier M. le Dr Wickham et M. le Dr Béclère des termes particulièrement honorables pour moi, dont ils se sont servis dans leur communication.

En ce qui concerne les réserves qu'il faut faire encore quant à l'évolution naturelle des deux tondantes : tondante trichophytique et tondante à petites spores de Grüby, je crois, comme eux, qu'une longue patience et une longue observation sont encore nécessaires pour pouvoir tracer, au complet et sans lacunes — *ne varietur* — le tableau *clinique* dissemblable des deux affections.

Je désire seulement relever un fait très important confirmé par ces communications, à savoir : que le diagnostic différentiel des deux teignes tondantes peut être fait par le seul examen objectif *à l'œil nu*. C'est un point sur lequel il faut nettement insister, car, dans la plupart des travaux étrangers qui ont contrôlé mes recherches, même dans ceux qui confirment le plus mes résultats, tels que le mémoire tout récent de M. le professeur Rosenbach, de Göttingen, la possibilité de différencier à l'œil nu les tondantes entre elles et aussi les trichophyties diverses que j'ai décrites, est fortement mise en doute. Or, ce diagnostic différentiel, est facile à faire

sur des lésions vierges de tout traitement, ainsi que M. le D[r] Béclère vient de le confirmer à l'instant.

Quant aux divers traitements, préconisés tour à tour comme spécifiques des teignes tondantes je crois que leur inefficacité est — au moins tacitement — admise par tous aujourd'hui, même par ceux qui ont pu croire un moment à l'heureux succès de leurs recherches sur ce point.

Ceci dit, non pas pour décourager des recherches nouvelles, mais bien au contraire et seulement pour montrer que la solution de ce problème thérapeutique est encore à fournir tout entière.

M. P. Raymond. — Il est certain que dans des recherches du genre de celles de M. Sabouraud, il est impossible d'arriver du premier coup à la perfection. Pour la trichophytie à grosses spores par exemple, la durée peut être bien plus longue que ne l'a dit cet auteur et le pronostic est à réserver. Je connais un enfant qui est atteint d'une forme à trichophyton mégalosporon ectothrix depuis près de trois ans. Quant au traitement, je crois avec M. Béclère et pour en avoir fait l'expérience, que beaucoup de novateurs se sont fait illusion. En ce qui concerne le traitement par l'huile de croton repris par M. Wickham, il y a longtemps qu'il a été jugé et condamné à cet hôpital même.

M. E. Gaucher. — A propos du traitement par l'huile de croton, je crois que M. Wickham attribue à tort cette méthode à Colcott Fox : elle est essentiellement française et due tout entière à Ladreit de la Charrière qui depuis longtemps l'appliquait lorsque Colcott Fox en fit l'essai.

Je dois ajouter que ce traitement rend surtout des services à la fin de l'évolution de la teigne, mais qu'il faut redouter une complication assez fréquente, la production de cicatrices parfois disgracieuses et étendues.

M. Sabouraud. — Il est certain que par l'huile de croton on arrive à l'éviction du cheveu, du poil, mais le cheveu, le poil repoussent. Il y a lieu de dire que ce traitement peut être dangereux, mais il est bon d'ajouter que, bien appliqué, on a pu en obtenir quelques bons résultats.

M. Barbe. — M. Lailler dans son service de teigneux, ici même, après avoir essayé le traitement par l'huile de croton, l'avait complètement abandonné.

M. Fournier présente, au nom de M. Massalombo, une étude sur la Syphilis rénale congénitale accompagnée de planches très remarquables que l'on fait passer sous les yeux des membres de la Société.

La Société réunie en comité secret vote les modifications aux statuts demandées par le Conseil d'État, afin d'obtenir la reconnaissance d'utilité publique.

Le Secrétaire,

F. Verchère.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 10 janvier 1894.

PRÉSIDENCE DE M. LANG

Lichen ruber acuminé.

M. KAPOSI tient tout d'abord à faire remarquer que, comme dans le lichen plan, l'augmentation des processus inflammatoires amène la formation de bulles et une dermatite diffuse aiguë ; elle peut même, dans le lichen ruber acuminé, provoquer des lésions différentes.

Il s'agit d'un garçon qui, en 1867, à l'âge de 12 ans, était à la clinique d'Hebra ; un certificat de cet auteur indique le diagnostic de lichen ruber exsudatif.

D'après les dires du malade, qui est fort intelligent, légères récidives sur la main en 1869, papules plus volumineuses en 1872 et 1876 ; elles disparurent rapidement sous l'influence de l'arsenic.

Depuis le 19 novembre, ce malade présente une affection qui, selon lui, ressemblerait complètement à la première éruption. La peau de la face est tendue, unie, rouge brun, les paupières en ectropion ; dans la région cervicale, papules légèrement aplaties ; dans la région anale, papules analogues formant des plaques. Sur la main gauche, la paume de la main et la plantes des pieds, papules isolées. Traînées en ceinture correspondant à la crête de l'os iliaque ; le cuir chevelu aussi est envahi. Ce malade prend de l'arsenic depuis trois mois, mais d'une manière peu rationnelle.

On obtient toujours la régression de la maladie avec la cure arsenicale et la médication locale, alors même que la guérison complète exige parfois un traitement de plusieurs mois à un an. Ce cas est intéressant en ce que, pendant 20 ans, il n'y a eu absolument aucune récidive.

M. HEBRA fait remarquer qu'il est très embarrassé, étant obligé de repousser un diagnostic de son père, pour conserver intacte la doctrine fondée par ce dernier sur le lichen ruber.

Chez ce malade tous les symptômes du lichen exsudatif ruber manquent, il n'existe aucun infiltrat partant du corps papillaire, l'éruption ressemble plutôt à un psoriasis, car en quelques points la saillie au-dessus du niveau normal ne consiste qu'en amas épidermiques, qui se détachent facilement, La présence d'efflorescences en forme de traînées ne suffit pas pour le diagnostic de lichen ruber, ce symptôme existe également dans le psoriasis. Ce cas serait plutôt un exemple de pityriasis rubra pilaire.

M. NEUMANN. — Il s'agit absolument du lichen ruber acuminé, il se distingue avant tout du pityriasis rubra pilaire, en ce que les papules sont plus grises et la peau plus dure au toucher.

M. Lang constate l'absence d'infiltration.

M. Hebra ajoute que, dans le lichen ruber, les efflorescences sont tendues et ont un éclat semblable à celui de la cire ; elles saignent par le grattage ; or, dans le cas actuel, on peut les décoiffer sans provoquer d'écoulement de sang ; on ne trouve pas non plus trace d'éclat analogue à celui de la cire. Selon l'orateur, rien ne justifierait donc le diagnostic de lichen ruber acuminé.

Herpès tonsurant vésiculeux et squameux.

M. Neumann présente une malade âgée de 31 ans, avec des efflorescences rouge clair, guéries au centre, de la dimension d'une pièce d'un franc, à bords infiltrés et squameux. Cette malade a, en outre, à la face interne des cuisses, vers les plis génitaux cruraux, des plaques symétriques dont la dimension dépasse celle de la paume de la main, rouge clair à rouge brun, nettement limitées, à bords élevés; sur le cou quelques efflorescences analogues, de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent. Eczéma marginé et herpès tonsurant. L'infection proviendrait d'un chien.

Uréthrite blennorrhagique aiguë.

M. Nobl présente un garçon de 4 ans, du service de Lang. Chez cet enfant, il existe un écoulement purulent abondant avec nombreux gonocoques. L'origine de la blennorrhagie est ici facile à constater, car cet enfant couche dans le même lit que sa mère, qui est atteinte d'une bartholinite purulente gonococcique du côté gauche.

Chancre extra-génital.

M. Nobl présente un autre malade ayant une localisation rare de l'affection syphilitique primaire. Il existe, en effet, une ulcération dure, saillante, recouverte de pus au centre, occupant la gencive, au niveau de la dernière dent incisive du côté droit, de la canine et de la première molaire de la mâchoire supérieure. Selon le malade, cette ulcération remonterait à dix semaines ; et ce n'est qu'après quinze jours, que serait survenu l'engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté droit.

Lupus.

M. Nobl présente un malade âgé de 20 ans auquel Lang a excisé un foyer lupique de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, situé sur la joue gauche. Guérison de la plaie par première intention, cicatrice linéaire.

A. Doyon.

Séance du 24 janvier 1894.

Présidence de M. Lang.

Lichen exsudatif ruber.

M. Hebra. — Chez ce malade, les papules et les infiltrats sont en voie de régression, les parties centrales sont pour la plupart guéries, la surface des efflorescences est uniformément rouge. La dénomination de la maladie

est tout à fait justifiée, car il n'y a pas de desquamation bien que l'éruption existe depuis quatre mois et qu'il n'y ait absolument aucune lésion au voisinage des poils. La distribution de l'éruption est tout autre que dans le cas précédent, car ici les follicules pileux sont tout à fait indemnes. On a évidemment affaire à deux affections différentes.

M. Neumann fait remarquer que dans le cas précédent il s'agissait d'un lichen plan.

Eczéma marginé.

M. Schiff présente un enfant de 5 ans, ayant un eczéma marginé de tout le pourtour de la bouche. L'année précédente, il avait observé un cas semblable, chez un garçon de 14 ans. Ce n'est que par un traitement antiparasitaire énergique (chrysarobine) qu'on peut obtenir la guérison de ces affections.

M. Kaposi. — On n'a pas d'expression pour délimiter exactement l'affection ci-dessus, elle ne s'applique qu'aux cas où il existe des élevures circonscrites et pourvues de papules. Chez les sujets jeunes, on trouve très fréquemment des eczémas nettement circonscrits. Il en est de même chez les femmes. Ces eczémas sont uniformément répartis dans toute l'aire, ils ont comme caractères, d'être très pâles. Quant à l'eczéma marginé vrai, il porte tous les caractères indiqués par Hebra. Il désignerait le cas actuel sous le nom d'eczéma areatum, car on n'y trouve pas de champignons.

M. Hebra. — Ces eczémas guérissent très rapidement par un traitement antimycosique. On a, dans ces derniers temps, cultivé toute une flore de la peau, mais on ne connaît pas encore exactement le champignon appartenant à cette maladie. Il est convaincu de la nature mycosique de l'eczéma du malade présenté par Schiff.

M. Schiff a désigné l'affection sous le nom d'eczéma marginé, uniquement parce qu'il voulait insister sur ce point qu'il s'agissait d'un eczéma nettement délimité, comme on les observe en général dans les formes mycosiques. Si, jusqu'à présent, on n'a pas réussi à constater dans ces cas la présence d'organismes pathogènes déterminés, cependant l'aspect clinique, la marche et le traitement indiquent l'étiologie de ces eczémas.

M. Neumann. — Les eczémas qui sont situés symétriquement autour de la bouche et concentriquement autour de la lèvre supérieure s'observent de préférence chez les personnes anémiques ; ils sont très rebelles ; on n'y a pas encore trouvé de champignons.

Érythème papuleux.

M. Schiff présente un enfant de 10 mois atteint d'un érythème papuleux diffus survenu immédiatement après l'administration d'un à cinq grammes d'antipyrine.

Alopécie.

M. Schiff présente une fillette de 5 ans, absolument chauve, çà et là seulement poils follets, cassés, minces, atrophiés, apigmentés. Les sourcils sont conservés. L'examen des cheveux montre une atrophie considérable et la présence entre la gaine interne et la gaine externe d'éléments parasitaires difficiles à caractériser. On n'a pas encore fait de cultures. Ces formes d'alopécies, très fréquentes en France et en Angleterre, sont

très rares en Autriche. Il a vu dernièrement deux cas semblables, aussi serait-il disposé à admettre que cette affection s'introduit maintenant dans ce pays.

M. Ehrmann croit que l'alopécie en aires est la cause de la progression de la chute des cheveux. Ici les cheveux ne tombent pas d'une façon uniforme, il reste des anneaux recouverts de cheveux. Il ne veut pas entrer dans plus de détails physiologiques, mais tant qu'on n'aura pas, par des cultures, trouvé des champignons caractéristiques, on ne peut pas affirmer la nature mycosique de cette affection.

M. Kaposi. — Relativement au mode clinique d'évolution on exagère en général ce qu'il y a de frappant dans ces symptômes. En France, on ne fait aucune différence relativement à la forme clinique. Les auteurs se croient obligés, en raison de l'apparition d'endémies, d'indiquer la contagiosité, sans toutefois pouvoir la démontrer. En ce qui concerne la multiplicité des cas dans un même endroit, il ne faut pas oublier qu'elle peut être accidentelle. Il serait nécessaire, comme preuve convaincante, de démontrer qu'elle survient à certaines époques, dans les pensionnats, etc. Il a vu des cas dans une famille dans lesquels il dut se prononcer nettement contre la contagiosité.

M. Neumann. — Dans l'alopécie en aires, le pigment disparaît en même temps, et il est, par conséquent, impossible de rattacher cet état à la présence de certains parasites. Pour le pronostic, l'âge du malade joue un grand rôle. Chez les sujets de 12 à 14 ans, la repousse des cheveux est certaine.

Psoriasis des ongles.

M. Schiff. — Il s'agit d'une fille de 12 ans, atteinte d'une affection unguéale considérée au début comme étant de nature mycosique. Ce n'est que longtemps après que l'apparition de quelques plaques de psoriasis sur la peau vint éclairer le diagnostic.

Chancre extra-génital.

M. Neumann. — La sclérose initiale était localisée sur la joue au-dessous du bord inférieur de la cavité oculaire, elle aurait été contractée à la suite d'une morsure dans une rixe.

Syphilis gommeuse.

M. Neumann montre le malade qu'il a déjà présenté deux fois et qui est atteint de syphilis gommeuse avec dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins.

L'abdomen est encore plus ballonné, la tumeur du foie s'étend actuellement presque jusqu'à sa symphyse ; le lobe droit est hypertrophié tandis que le lobe gauche peut être constaté seulement à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. On perçoit distinctement la scissure, ainsi que des nodosités isolées, ni douloureuses ni dures au toucher. Sur le foie, au-dessous des côtes, bruit de râpe, pas de douleurs, pas d'ascite. Tumeur de la rate perceptible au toucher ; albumine dans l'urine ; ni sucre ni urobiline ; cylindres hyalins ; hémoglobine 35 p. 100 de l'état normal.

A. Doyon.

Séance du 22 novembre 1894.

PRÉSIDENCE DE M. NEUMANN

Ichtyose simplex ou xérodermie généralisée.

M. SCHIFF présente un enfant dont la peau est depuis la naissance extrêmement sèche, ridée, mal nourrie. Il s'agit soit d'une variété très rare d'ichtyose simple, soit de xérodermie généralisée. Contre l'ichtyose, il faut signaler la petite proportion de squames; la peau des pieds et des mains n'est pas squameuse, mais brillante et ridée. Il serait disposé à admettre une xérodermie généralisée.

M. LANG regarde ce cas comme une forme congénitale rare d'ichtyose, en réalité légère. L'ichtyose congénitale est très rare. Dans quelques cas, on peut constater, outre cette affection, des défectuosités de la peau, des paupières et l'absence du pavillon des oreilles. Ici aussi il y a un raccourcissement de la peau, tenant à la faible élasticité de cet organe. L'orateur a observé une fois une ichtyose congénitale de ce genre chez un frère et une sœur. Le raccourcissement de la peau concernait non seulement les paupières, l'enfant dormait les yeux ouverts, mais encore les lèvres.

L'enfant ne pouvait pas fermer la bouche, par suite il lui était impossible de teter. Sur la face postérieure du pavillon de l'oreille la peau manquait, le pavillon était pour ainsi dire collé sur l'occiput. Caspary aurait relaté un cas semblable. Dans les cas graves le raccourcissement de la peau donne un aspect analogue à celui qui résulterait d'un enveloppement incomplet avec des bandes et qui aurait laissé en quelques points des étranglements. Dans l'ichtyose acquise, on a parfois aussi l'impression d'une peau trop courte, par exemple au-dessus du tibia.

M. NEUMANN. — Dans l'ichtyose congénitale il faut distinguer plusieurs degrés. L'ichtyose congénitale vraie entraîne la mort dans les premiers jours de l'existence; toute la peau est rouge, sillonnée de rhagades. Dans la deuxième forme, il existe des étranglements symétriques sur la peau des parois thoraciques et abdominales. On ne connaît des cas de ce genre que par des préparations anatomiques, il en existe une au musée de Leipzig, et une autre à Vienne. Le cas actuel est une ichtyose congénitale simple, légère. Le corps papillaire n'est pas encore hypertrophié, par conséquent on n'aperçoit pas les compartiments de forme polygonale; ce symptôme caractéristique ne se rencontre que plus tard.

M. LANG. — Les deux enfants qu'il a observés succombèrent à l'âge de 1 à 2 ans.

Traitement des adénites lymphatiques vénériennes.

M. NOBL se propose, dans cette communication, de faire connaître la méthode de traitement employée depuis 1892, avec le plus grand succès, par le professeur Lang.

Il s'agit d'une modification du traitement par les ponctions combinées avec des injections de nitrate d'argent. Voici en quoi consiste le procédé de Lang :

Si on a affaire à une de ces tumeurs ganglionnaires qui sont les plus fréquentes, dans lesquelles, après la fonte complète d'une ou de plusieurs glandes, il se forme un abcès ganglionnaire, on fait dans les petits abcès une ponction (au milieu de l'abcès), dans les plus volumineux (aux deux extrémités) avec la pointe d'un bistouri; on remplit ensuite la cavité ganglionnaire avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, que l'on fait pénétrer par de légères frictions dans toutes les anfractuosités; on fait de nouveau sortir en partie le liquide, et on applique un bandage compressif (dans les cas avec contre-ouverture on introduit un drain). On renouvelle l'injection argentique à des intervalles d'un à deux jours, aussi longtemps qu'il y a de la sécrétion qui diminue habituellement après la seconde injection, et on constate que la sécrétion, au début simplement purulente, se transforme en un liquide épais, visqueux, brun chocolat (érythrocytes et leucocytes en décomposition, fibrine), qui fait place à son tour à un sérum légèrement teinté de sang.

S'il reste encore du sérum dans la cavité ganglionnaire on peut sans inconvénient le laisser, car il se résorbe spontanément.

La cavité devient de plus en plus petite, la peau se colle et l'ouverture de la ponction se ferme sans laisser de traces appréciables. Dans les cas où il s'agit de tumeurs ganglionnaires qui présentent un ou plusieurs foyers de ramollissement, où, en dépit de phénomènes de vive inflammation, on ne peut pas constater distinctement la fluctuation, on fait les injections de nitrate d'argent, soit dans les parties ramollies, soit au voisinage de la substance ganglionnaire solide (en plusieurs points quelques divisions d'une seringue de Pravaz remplie d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100). Dans la plupart des cas, il se produit au bout de deux à trois jours une fonte en général non douloureuse des parties ganglionnaires restantes; exceptionnellement, on voit survenir la disparition des symptômes inflammatoires et la régression de la tumeur.

L'emploi de cette méthode est contre-indiqué dans les cas où il s'agit de la forme hyperplasique de l'inflammation ganglionnaire, de bubons dits strumeux. Dans ces cas, il existe habituellement plusieurs tumeurs ganglionnaires à côté les unes des autres qui présentent des foyers de ramollissement tantôt à la périphérie, tantôt au centre, et communiquent entre eux par des trajets fistuleux; dans ces points, la peau est soit tout à fait normale, soit enflammée, soit le siège de nombreuses ouvertures. Ici il est nécessaire, pour obtenir la guérison, d'extirper complètement tous les ganglions malades.

Comme il n'est pas toujours facile de reconnaître dès le début les bubons strumeux, il s'est glissé dans les séries d'expérience des adénites dans lesquelles on n'a reconnu que plus tard la nécessité de pratiquer une opération radicale. Ainsi, dans les quatre-vingts cas traités jusqu'à présent, dix fois il a fallu renoncer à l'opération, ce qui donne un tant pour cent de 12,5. Dans les soixante-dix cas guéris, la durée moyenne de la guérison a été de dix jours. La quantité de pus évacuée dans quelques cas oscillait entre 1 et 90 c. c.

Le temps le plus court pour la guérison à été de trois à cinq jours dans huit cas, le plus long de vingt-cinq à trente jours dans trois cas, tandis

que, chez la grande majorité des malades, la guérison exigeait un laps de temps de cinq à dix jours. Si on considère que pour une adénite traitée par une opération il faut, ainsi que cela ressort de différentes statistiques opératoires (Ullmann, Spietschka, etc.), une moyenne de quarante à quarante-deux jours pour la guérison, par conséquent quatre fois plus de temps, et si l'on considère en outre qu'après des opérations d'adénites, il reste constamment des cicatrices parfois difformes qui, à leur tour, peuvent occasionner de nombreux malaises (névralgies, etc.), on ne saurait trop recommander le procédé de Lang, car il répond complètement, par la rapidité de la guérison, l'absence de cicatrices étendues ainsi que par le peu d'importance de l'intervention chirurgicale, à toutes les exigences d'un traitement idéal des bubons.

Nobl a eu l'occasion de revoir vingt-cinq à trente des malades ainsi traités; chez aucun il n'était survenu de récidive ni une modification quelconque dans les ganglions soumis à ce mode ce traitement.

M. Lang confirme sur tous les points les résultats énoncés par le Dr Nobl. Toutefois, il y a des cas dans lesquels on ne réussit pas, mais l'emploi de l'agent antiseptique exerce une influence favorable sur l'extirpation consécutive.

Abcès péri-uréthral.

M. Lang, à propos de la dernière discussion sur les abcès dans la blennorrhagie, rapporte un cas d'uréthrite, qui au moment de l'admission du malade existait depuis six à huit jours. En même temps il y avait un œdème inflammatoire du prépuce. Une ponction donna un résultat négatif relativement à la présence des gonocoques. Au bout de quelques jours il survint un abcès dans le même point. Mais actuellement on trouve de nombreux gonocoques dans l'abcès dont le volume est environ celui d'une demi-châtaigne, il est situé en arrière du sillon.

Ce cas prouve qu'une recherche négative après la ponction n'autorise pas à tirer des conclusions absolues. Il se peut, en effet, que les conditions ne soient pas toujours également favorables pour la démonstration des gonocoques. Il s'agit probablement ici non à proprement parler d'une métastase, mais d'une migration directe de gonocoques à travers le tissu.

Gangrène du pénis consécutive à une constriction.

M. Lang présente ensuite un homme chez lequel à un premier examen on constatait sur la peau du pénis quelques tuméfactions inégales avec suffusion sanguine.

En quelques points, l'épiderme était le siège d'eschares semblables à du parchemin. Dès le premier abord on pouvait penser à une constriction, et en effet elle avait été appliquée pour amener la rigidité du pénis ; après cette constriction le pénis avait été en outre massé un peu rudement. Dans un cas semblable Lang a vu la gangrène complète du pénis et la chute de cet organe dans les deux tiers de sa longueur consécutivement à la constriction.

M. Ehrmann. — Dans le premier cas, il s'agit évidemment d'un abcès péri-uréthral. On rencontre ces abcès le plus souvent dans la région du

frein et dans celle du bulbe. La voie par laquelle ils se produisent est la cloison du tissu conjonctif, qui est un reste de la ligne d'occlusion de l'urèthre embryonnaire contre le périnée. Dans la partie dirigée en arrière du frein, où cette cloison représente un bourrelet large, rempli de tissu conjonctif lâche, la suppuration suit parfois une direction latérale et perfore le repli frénulaire. Dans cette cloison de tissu conjonctif, il y a aussi deux vaisseaux lymphatiques parallèles et dans leur contenu, il a pu, par le procédé de coloration, constater la présence des gonocoques.

Dans deux cas où une infection des canaux para-uréthraux se produisit par des gonocoques sans infection uréthrale, Ehrmann a vu comment les gonocoques peuvent pénétrer du dehors sans passer par l'urèthre. Dans l'un de ces cas, il existait un conduit longitudinal, dans l'autre, transversal. Les malades déclaraient n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Malgré des examens répétés on ne trouva pas de blennorrhagie uréthrale. Sans doute des gonocoques avaient aussi, lors de l'infection, pénétré dans l'urèthre, mais ils furent expulsés par le sperme et le jet d'urine émis immédiatement après le coït; naturellement ils ne le furent pas des canaux para-uréthraux.

M. Finger connaît deux malades qui, cinq à six jours après le coït, présentèrent les premiers symptômes d'une blennorrhagie. Sur les restes du prépuce circoncis, il survint un œdème. Dans ces deux cas on constata par la ponction la présence des gonocoques. La cloison est sans doute, pour les infiltrats para-uréthraux, une voie importante, mais non pour tous. Les gonocoques peuvent aussi pénétrer dans les glandes de Littre, ces glandes sont alors parfois le siège, par suite de leur occlusion et de leur inflammation, de périadénite et de para-uréthrite.

M. Lang a vu récemment chez un collègue, après le coït, une sécrétion provenant d'un conduit para-uréthral de la lèvre gauche de l'urèthre. La sonde pénétra dans une étendue de trois quarts de centimètre. Point d'uréthrite. Dans la sécrétion para-uréthrale, il y avait des gonocoques. Lang commença un traitement électrolytique ; cependant au bout de quatre à cinq jours survinrent les symptômes d'une blennorrhagie uréthrale.

M. Ehrmann fait remarquer qu'il s'agissait dans ces cas d'une durée d'observation plus longue pendant laquelle il ne se produisit pas de blennorrhagie uréthrale.

M. Lang. — Dans un des cas qu'il a observés ce n'est que quatre semaines après l'infection que se manifestèrent les premiers signes de l'uréthrite, certainement par suite de l'affaiblissement de la génération des gonocoques qui avaient pénétré dans l'urèthre.

M. Neumann. — La para-uréthrite n'est pas fréquente. Dans bon nombre de cas l'urèthre est tout à fait normal et l'écoulement purulent limité aux canaux, même chez les petits enfants. Comme le pus se rassemble à l'orifice de l'urèthre, il est facile, à un examen superficiel, de faire une confusion avec l'uréthrite.

Relativement à la constriction du pénis, Neumann cite un cas qu'il a observé; il concernait un garçon de 4 ans, dont le gland était tuméfié, recouvert de croûtes et rouge bleuâtre. On apprit que la gouvernante,

pour provoquer une érection, avait fait une ligature avec des cheveux dans le sillon coronaire.

Psoriasis généralisé.

M. Neumann s'occupe ensuite du cas de psoriasis généralisé qui s'est terminé par la mort. Ce malade avait été présenté par Kaposi à la Société, il y a un an, et il était ensuite entré dans la clinique de l'orateur. Lors de son admission, la peau était épaissie, rouge foncé et recouverte de croûtes, pas de squames. Il y a six semaines, le malade vint à la clinique de Neumann. La peau était rétractée, hypertrophiée, notamment autour des articulations. Température normale. La substance unguéale hypertrophiée, principalement vers le lit de l'ongle. Nombreuses pustules sur les membres. Le malade s'affaiblit de plus en plus ; il survint de l'oppression, de l'hydropisie ; une ponction faite, il y a huit jours, donna issue à huit litres de liquide. Mort le 19.

A l'autopsie, faite par le professeur Kolisko, on trouva les lésions suivantes : la peau était recouverte de croûtes très adhérentes, confluentes, jaune brunâtre, qui formaient des plaques du volume d'un grain de chènevis à celui d'une pièce de 50 centimes. Sur les rares parties indemnes de croûtes, nombreuses vésicules, demi-sphériques, de la grosseur d'un grain de chènevis, remplies de pus. Le cerveau et ses membranes sont œdématiés. Le poumon gauche congestionné, œdématié, légèrement adhérent en quelques points et parsemé de nombreuses granulations grises, miliaires, dont quelques-unes sont isolées. Dans la moitié droite du thorax, un litre de sérum ; sur la plèvre du poumon droit, dépôts fibrineux ; sur le sommet de la plèvre du médiastin, granulations grises. Les deux poumons présentent les mêmes altérations.

Les ganglions infra-claviculaires du côté droit, ainsi que ceux du médiastin antérieur, sont en dégénérescence caséeuse. Le canal thoracique est dilaté, pas de granulations sur ses parois. Le cœur et le péricarde sont partout adhérents. Dans l'abdomen, environ cinq litres de sérum. Les testicules sont recouverts d'une membrane en voie de tuberculisation. Foie volumineux, capsule épaissie ; dans le parenchyme, innombrables granulations grises, quelques-unes jaunâtres, au centre vert bilieux, dont le volume atteint jusqu'à celui d'une lentille. Rate hypertrophiée, avec granulations miliaires. Quelques granulations dans les reins.

Cavernite.

M. Neumann. — Il s'agit d'un homme de 40 ans chez lequel la peau manque, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, sur le prépuce et le pénis ; il en résulte que la tunique albuginée est à nu et est recouverte d'un dépôt très adhérent. La peau du pénis est décollée sur un demi-centimètre, infiltrée, rouge et douloureuse. Les corps caverneux de l'urèthre sont mous et amincis ; ceux du pénis très épaissis. Sur la partie antérieure du gland, cicatrice de la dimension d'une lentille. Il y a eu, évidemment, un paraphimosis traumatique en connexion avec des ulcères mous, avec cavernite consécutive et persistant encore actuelle-

ment. Ces cavernites ont encore d'autres causes ; ainsi, on les observe dans la blennorrhagie, mais alors elles sont circonscrites ; on les rencontre aussi consécutivement à des lésions syphilitiques primaires ; dans ce dernier cas, la partie indurée se trouve en arrière, très près de la cavernite, sous forme de bourrelets nettement circonscrits, de la grosseur d'une noisette. On les rencontre enfin chez les hommes âgés. En cas d'érection, il se produit naturellement une déviation du pénis.

M. Ehrmann a vu, il y a un an, un cas semblable avec ulcère sur la face inférieure du pénis. Il s'agissait d'une gomme qui guérit en quelques semaines, sous l'influence d'un pansement au sublimé et de badigeonnages iodés, ainsi que d'un traitement général ioduré.

M. Grünfeld ne trouve pas là les symptômes caractéristiques de la gomme. Les cicatrices dans la région du frein supposent un processus ulcéreux qui a déterminé l'œdème et la nécrose des parties antérieures. Il manque deux tiers de la peau du pénis. Dans bon nombre de cas semblables la peau du pénis pouvait en quelque sorte se détacher complètement. Parfois dans le paraphimosis il se développe sous nos yeux de la gangrène avec chute de toute la peau du pénis. De loin on prendrait cet état pour de la nécrose, ce qui n'est pas. Il s'agit évidemment d'un ulcère contagieux qui a pris cet aspect par suite de la nature accidentelle des cicatrices et du processus ulcéreux.

M. Ehrmann. — Les bords sont décollés, nettement circonscrits, comme cela arrive dans une gomme dont le centre se ramollit. Les cicatrices consécutives à un paraphimosis commencent à la partie supérieure et se limitent sur le côté.

M. Finger. — Il s'agit certainement ici d'une nécrose. Mais la maladie du corps caverneux ne peut s'expliquer ni par une constriction, ni même par une inflammation.

M. Neumann. — Les gommes sont des tumeurs circonscrites. Il n'a jamais vu une gomme diffuse du corps caverneux ; dans ce cas on voit des cicatrices après des ulcères, les corps caverneux sont à nu. Leur induration est très considérable. Dans les scléroses les corps caverneux présentent sans doute souvent une très forte induration, mais il y en a rarement après un paraphimosis. En tout cas, en présence de cette dureté exceptionnelle, on peut penser à un néoplasme. Chez les sujets anémiques, il survient assez souvent une cavernite, mais alors le corps caverneux est mou.

M. Cehak. — On a présenté, il y a deux ans, un cas semblable : il représentait un ulcère tout à fait analogue ; il disparut, ainsi que la tuméfaction qui l'accompagnait, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

Syphilide polymorphe.

M. Neumann. — Ce cas concerne un homme de 22 ans, dont tout le corps est recouvert d'un exanthème polymorphe. Efflorescences gris sale, miliaires ; disposées en groupes, elles sont recouvertes de croûtes et de squames. Ces groupes, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc, constituent en quelques points des plaques confluentes, squameuses ; elles sont surtout très nombreuses, et très distinctes sur la poitrine et le dos ; dans d'autres régions les papules sont déjà résorbées, la peau

présente une coloration rouge brun et est en desquamation. Aux creux poplités, efflorescences papuleuses en groupes. Les ganglions sont partout hypertrophiés. Psoriasis palmaire et plantaire. On ne trouve pas le siège de la lésion primaire. Sur le prépuce et le gland, papules en desquamation, sur les amygdales plaques d'aspect diphtéritique. Durée de la syphilis, sept mois. Traitement : injections de thymolate de mercure.

Leucodermie syphilitique généralisée.

M. Neumann présente une fille de 22 ans, lymphatique, dont toute la surface cutanée est très pigmentée et est le siège d'une leucodermie généralisée. Les taches sont très visibles, elles sont surtout très nettes sur la nuque, l'abdomen, le dos et les lombes, ainsi que sur les membres supérieurs. Sur les membres inférieurs, papules miliaires, correspondant à un lichen pilaire antérieur. En outre, onychie légère, le lit de l'ongle est infiltré. On ne trouve pas la lésion primaire. Aux organes génitaux, condylomes acuminés très développés. Il s'agit d'une syphilis ancienne non traitée. La maladie date au minimum d'un an.

Mollusca sébacés et syphilis.

M. Neumann présente une fille de 22 ans, atteinte sur le tronc et les membres d'une syphilide à petites papules. Sur les grandes lèvres et à la face interne des cuisses, mollusca sébacés. Quelques-uns, contaminés par le virus, se sont transformés en ulcères. A. Doyon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN (1).

Séance du 21 février 1894.

Syphilis du cœur.

A. Fraenkel a déjà fait, soit directement, soit par ses assistants, plusieurs communications sur les anévrysmes et, à cette occasion, il a effleuré la question de l'origine de ces affections, en tant que la syphilis y joue un rôle. La question n'est pas nouvelle, elle a été soulevée de différents côtés et résolue de manières très diverses. Un auteur anglais, Welsh, pense que dans 60 p. 100 des cas d'anévrysme vrai, la syphilis serait le point de départ. D'autres auteurs portent ce chiffre à 80 p. 100.

Dans ces quatre dernières années l'auteur a fait des observations cliniques exactes sur 19 cas d'anévrysme de l'aorte thoracique. Ces 19 cas concernaient trois femmes et seize hommes. Quatre de ces malades avaient dépassé l'âge de 60 ans, dix étaient au-dessous de 50 ans et six de 40 ans. On a, de tout temps, fait remarquer que, eu égard à l'artériosclérose ordinaire, celle due à l'âge, les anévrysmes s'observent à une époque relativement précoce de la vie, particulièrement de 25 à 45 ans.

Des 19 malades de Fraënkel, neuf avaient eu la syphilis et n'avaient pas encore 50 ans. Par suite, on voit que la proportion des malades atteints d'anévrysme d'origine syphilitique est de 47 p. 100. Il serait intéressant de

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1894, p. 296.

rechercher quel est, au point de vue étiologique, le rapport de la syphilis avec la maladie des vaisseaux qui souvent, pour ne pas dire toujours, accompagne les anévrysmes vrais, à savoir l'artériosclérose.

L'auteur présente ensuite le cœur d'une malade chez laquelle on trouva post-mortem — malgré l'âge peu avancé de la malade — des lésions artérioscléreuses étendues de l'aorte, et des preuves incontestables de syphilis du cœur.

Cette malade, âgée de 36 ans, vint pour la première fois l'année dernière dans le service de l'auteur, elle présentait alors les symptômes d'une insuffisance des valvules de l'aorte, elle se plaignait de douleurs fréquentes de tête, parfois avec syncope. Au bout de quelque temps elle partit améliorée. Comme elle avait eu autrefois un rhumatisme articulaire, Fränkel pensa que l'affection du cœur s'était développée concurremment. De l'anamnèse il résulta que son mari était syphilitique. Cette malade avait eu, en outre, des tumeurs de la tête, elles s'étaient ouvertes, mais il ne restait plus que des cicatrices.

Au commencement de cette année, elle vint de nouveau à l'hôpital avec des troubles cardiaques, mais qui se distinguaient des précédents, en ce sens qu'il y avait de violents accès d'angine de poitrine. La malade mourut dans un de ces accès.

A la nécropsie, l'artère coronaire antérieure était complètement perméable et non modifiée; au contraire, l'artère coronaire postérieure était totalement oblitérée au point où elle débouche dans l'aorte et consécutivement au processus artérioscléreux très avancé, relativement à l'âge de la malade. On ne parvint que très difficilement à démontrer le point où existait jadis l'orifice. La présence d'une tumeur gommeuse du cœur, siégeant dans la cloison des ventricules et d'un diamètre longitudinal de 4 centim. et demi, prouvait que ces lésions artérielles, chez une femme de 36 ans, étaient bien de nature syphilitique. Les altérations artérioscléreuses de l'aorte s'étendaient tout le long de l'aorte jusqu'aux artères iliaques.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 13 *février* 1894.

Président, M. G. Lewin. — *Secrétaire*, M. Rosenthal.

La syphilis acquise dans l'âge avancé et les maladies du système nerveux.

M. Mendel comprend, selon Sigmund, sous le nom d'âge avancé, comme époque d'invasion de la syphilis dans le sexe masculin, au delà de la cinquante-cinquième, et dans le sexe féminin au delà de la quarante-cinquième année. Il est absolument impossible de donner le nombre de ces infections tardives, puisqu'il n'y a pas de statistique valable dans la littérature. Sigmund a observé pendant à peu près 30 ans, dans sa clientèle privée et dans sa clinique, 118 cas de ce genre (87 hommes et 31 femmes)

et conclut que la syphilis acquise dans un âge avancé se caractérise par une forme plus simple et un développement plus doux. Une thèse de Dulac, parue dans la même année, en 1878, et se fondant sur 41 cas dispersés dans la littérature, contient un résultat contraire : Regoli a aussi vu une issue plus favorable dans la syphilis des vieillards. On trouve encore moins au sujet de la syphilis acquise dans l'âge avancé et son rapport avec le système nerveux. Bumstead et Taylor sont d'avis que les complications viscérales et nerveuses sont fréquentes dans la syphilis acquise dans l'âge avancé. M. Mendel a observé lui-même 4 cas de cette catégorie, 3 hommes et 1 femme ; 2 de ces cas regardent un mari et sa femme. Ce sont les suivants : Un homme de 60 ans, marié 30 ans, père de 4 enfants adultes, acquiert, au mois de mars 1885, une sclérose traitée par des pilules de mercure. Durant le traitement, on observa une légère roséole, et six semaines après la guérison de l'ulcération, c'est-à-dire trois mois après l'apparition de l'affection primaire, le malade fut frappé, après que de légers maux de tête avaient précédé pendant quinze jours, en vingt-quatre heures, avec des sensations de vertige, d'une perte de conscience sans vomissements, d'aphasie, d'une hémiparésie et d'hémianopsie de côté droit. La diagnose fut faite :

Endartérite spécifique de l'artère de la fosse sylvienne. Les organes internes et l'urine étaient normaux. Le système vasculaire ne laissait reconnaître qu'une athérose légère, pas d'affections du cœur. Les symptômes disparurent par l'emploi de l'iodure de potassium ; six mois après, il n'y en avait plus le moindre reste. Le malade emploie dès lors l'iodure dans des intervalles réguliers et n'a pas eu de nouvelle attaque. Quatre semaines après que l'aphasie s'était montrée, la femme, âgée de 53 ans, commençait à se plaindre de douleurs de la gorge : on y trouva des ulcérations. A l'appareil génital, il n'y avait rien, les glandes inguinales étaient peu enflées, sur la peau on n'observa pas d'exanthème. Pendant que la malade prenait de l'iodure de potassium, elle commençait à souffrir de forts maux de tête, la mémoire semblait affaiblie et la malade ne pouvait se tenir qu'avec grand'peine sur les jambes. On trouva des gonflements assez douloureux des deux os pariétaux, les pupilles étaient rétrécies, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation, les deux bras et les jambes avaient de beaucoup perdu leur motilité et il y avait une parésie prononcée du nerf facial droit dans son rameau inférieur.

Comme la sensibilité, les réflexes du derme, des tendons et des viscères étaient intacts, on fit la diagnose de pachyméningite spécifique. On frictionna la nuque avec 2 gr. d'onguent gris par jour, et on continua l'iodure. Les symptômes disparurent après trois mois de traitement. Des maux de tête se montrant plus tard, de temps en temps, cédèrent toujours à quelques doses d'iodure. Dans ces deux cas, les symptômes tertiaires suivirent très vite l'affection primaire.

Engelstedt, Gjor, Braun, Fournier et d'autres, rapportent aussi des cas de syphilis cérébrale se montrant quelques semaines ou quelques mois après l'affection locale. M. Mendel lui-même vit un étudiant qui eut à subir une hémiplégie deux mois après l'affection primaire par suite d'une artérite spécifique. Si les affections spécifiques cérébrales sont plus fré-

quentes dans la syphilis acquise dans l'âge avancé, M. Mendel ne voudrait trancher la question, vu le petit nombre de ses propres observations ; mais, en passant en revue la littérature, il croit avoir trouvé des cas semblables en assez grande proportion.

Le premier de ces cas donne lieu à une considération de haute importance pratique. Comme l'apoplexie s'observe très fréquemment dans l'âge avancé par suite d'une thrombose des artères cérébrales athéromateuses, il faudra toujours examiner de près s'il ne s'agit peut-être pas de syphilis, tandis que dans l'âge juvénile, un ictus apoplectique chez un individu libre d'affections du cœur et des reins, est presque toujours la suite de syphilis. Gowers raconte un cas d'apoplexie grave chez une femme de quarante-deux ans, qui avait des restes de choroïdite spécifique et qui avait eu un enfant mort-né sans cause connue. La thérapie correspondante amena la guérison.

Des deux autres cas que M. Mendel a observés, l'un regarde un homme de 69 ans, qui s'était infecté à l'âge de 65 ans. Après quatre ans, il eut des attaques de vertige suivies de symptômes de paralysie, d'une parésie de l'abducteur droit, du facial droit, d'une hémianopsie gauche. Diagnose : Endartérite spécifique de l'artère basilaire. Malgré le traitement spécifique, les symptômes n'ont disparu qu'en partie, les attaques de vertige ne sont plus revenues. Le quatrième cas regarde un homme de 55 ans, qui avait eu à subir un ictus apoplectique avec perte de conscience et suivi d'une hémiplégie du côté gauche. A l'anus, on trouva des plaques muqueuses et l'anamnèse révéla que le malade avait eu six mois auparavant une ulcération du pénis, traitée par des remèdes internes. Un exanthème surgissant quelques semaines plus tard resta sans traitement. Il s'y joignit des maux de tête persistants jusqu'à l'apoplexie et disparaissant après l'attaque. Du reste, on ne trouva pas d'altérations séniles dans les vaisseaux. Le développement des symptômes et la durée des maux de tête font croire à une relation entre la syphilis et l'apoplexie.

Ces expériences, quoique minimes en nombre, pourraient servir d'appui à l'opinion de ceux qui croient que la syphilis acquise dans l'âge avancé prend le système nerveux avec une certaine prédilection et dans un développement assez rapide.

M. Born rapporte onze cas observés pendant les dix dernières années dans la clinique de M. Lassar. Ce nombre extrêmement petit est élucidé, quand on le met, par exemple, en proportion avec les scléroses extra-génitales observées : c'était comme 1,25. L'âge des malades était de 61 à 64 ans ; trois entre eux étaient du sexe féminin, les huit autres étaient des hommes. Dans tous ces cas, on n'a pas observé de symptôme du côté du système nerveux ; aussi il n'y a rien à dire d'extraordinaire du développement léger ou grave de la maladie pendant le temps d'observation.

M. G. Lewin ne dispose pas non plus de grandes expériences, parce que la plupart de ces malades consultent des neurologistes. M. Lewin a fait, il y a trois ans, un extrait de 600 cas de syphilis maligne, dont 10 souffraient peut-être d'une maladie nerveuse, et dont 5 avaient passé la quarantaine. Il a trouvé que la majorité de ces cas regardaient des malades pas encore traités du tout.

En grand nombre, c'étaient des femmes. M. Lewin se souvient principalement d'une femme de 42 ans, qui souffrait d'une affection du système nerveux. Dans cet état, l'athéromatose est encore rare et la diagnose dans ces cas, souvent douteuse. Les complications — quand il y en a — sont alors d'une valeur considérable, comme par exemple des gommes dans les testicules. Quant à la syphilis galopante suivie d'affections nerveuses et regardant des jeunes gens, M. Lewin l'a peut-être vue dans 30-40 cas. L'un de ces cas est d'une certaine importance :

Il s'agit d'un jeune homme de 38 ans, traité par le mercure, qui, après avoir eu à plusieurs reprises des sensations de vertige, tomba un soir en perdant la conscience et garda une parésie du côté droit. Le malade avait reçu beaucoup de mercure un certain temps, sans qu'on eût pris garde à sa constitution générale. M. Lewin a fait souvent des observations pareilles. D'un certain intérêt est aussi le cas suivant, dans lequel il s'agissait d'un homme de 61 ans, qui avait été infecté il y a trente ans et qui montra après ce temps, des plaques muqueuses du rectum.

M. Rosenthal a vu de nouveau, dans le dernier temps, plusieurs malades, qui avaient contracté la syphilis dans un âge avancé. Mais jusqu'à présent, il n'a pu faire l'observation que le système nerveux est pris dans ces cas dans une époque proche de l'infection. Il faut employer d'autant plus de précaution en faisant de telles conclusions, parce qu'on sait, par les observations des années dernières, que la syphilis cérébro-spinale peut déjà se montrer assez vite après l'infection. Mauriac, par exemple, dit que dans la majorité des cas le système nerveux est déjà pris dans les premières années. Si cela est déjà vrai pour des jeunes gens, il ne faudra pas arriver trop vite à une conclusion, où l'on observe des symptômes centraux chez des gens plus avancés en âge, peu de temps après l'infection. Aussi, dans le manuel bien connu de Hutchinson, dans lequel on trouve nombre d'exemples cliniques, M. Rosenthal n'a pu constater que des gens âgés sont pris en quantité remarquable d'affections nerveuses ; au contraire, les histoires mentionnées semblent plutôt démontrer que l'âge juvénile — c'est peut-être un hasard — incline beaucoup plus à des affections du système nerveux central par suite de syphilis. Si M. Lewin est d'avis que la syphilis non traitée excelle par sa malignité, M. Rosenthal croit que cette question attend encore une décision, puisqu'on n'est pas encore en état de pouvoir expliquer le plus ou moins haut degré de malignité dans certains cas. On voit des gens cachectiques dont la syphilis prend un développement favorable et, d'autre part, des gens robustes qui ont à souffrir de la grande malignité de leur maladie. C'en est de même quant au phagédénisme du chancre, pour lequel on manque également encore d'une explication suffisante. C'est d'autant plus clair quand on sait qu'un chancre phagédénique ne se transmet pas nécessairement sur un autre individu.

M. Renvers a observé nombre d'infections de syphilis chez des gens âgés, et, entre ceux-ci, aussi des malades dont le système nerveux était pris. D'après son idée, la malignité dépend de l'état général d'un individu. Il croit que plus le système des vaisseaux est pris, d'autant moins le développement de la syphilis, quant au système nerveux, est favorable. Que la syphilis exerce une influence sur les vaisseaux aussi bien que le tabac et

l'alcool, est hors de discussion. Et une artériosclérose précoce est d'une grande importance pour le caractère de la syphilis. M. Renvers se souvient d'un cas dans lequel il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans qui, infecté quatre mois auparavant, était resté sans traitement aucun et fut frappé tout à coup d'une hémiplégie. Comme on trouva en outre un exanthème papuleux, on procéda à une cure antisyphilitique. L'homme mourut, et en faisant la section on trouva une artériosclérose du cerveau.

M. Isaac observa un homme de 60 ans, qui avait contracté, il y avait quatre ans, une sclérose avec tous les symptômes consécutifs et avait été traité de la manière ordinaire. Plus tard, il fit encore plusieurs autres cures. Au commencement de l'année passée, se montrèrent des maux de tête très intenses basés sur un épaississement de l'os frontal. Les symptômes s'améliorèrent après l'emploi de l'iodure de potassium, mais, deux mois plus tard, s'y joignirent une parésie du nerf facial, de l'abducteur et de l'oculo-moteur. En outre, le malade se plaignit d'un sentiment de picotement et d'une certaine anesthésie de la peau. Des frictions nombreuses amenèrent une amélioration, mais la parésie du facial et de l'oculo-moteur persistèrent.

M. Blaschko trouve que la décision de la question, si la syphilis acquise dans un âge avancé prédispose à une affection du système nerveux central, est très difficile, parce que le nombre d'individus gagnant la syphilis dans un tel âge, est petit; qu'en outre on perd souvent de vue les malades et qu'enfin les affections du cerveau chez les vieillards ne se basent pas trop fréquemment sur la syphilis. Mais il ne croit pas que ce soit un hasard que jusqu'à présent les cas mentionnés dans la discussion sont en si petit nombre. M. Blaschko a vu relativement beaucoup de syphilitiques en âge avancé, mais pas un seul dont le système nerveux central était pris, à moins qu'on n'y compte un cas de rétinite double, qui concernait un homme de soixante et un ans et fut observé dans la troisième année après l'infection. Le malade succomba d'une péritonite par suite de gommes du foie. En général, ce sont des auteurs français qui défendent l'opinion que la syphilis acquise dans l'âge avancé est grave. Dans tous ces cas, M. Blaschko était toujours étonné avec quelle légèreté des gens âgés supportent leur maladie. Il croit que ceux qui acquièrent la syphilis dans un âge avancé ont une constitution plus robuste que d'autres dans le même âge. Peut-être une statistique collective, faite par des syphilidologues et des neurologues, mènerait plus vite à un résultat.

M. Lassar a fait donner une statistique de sa clinique, pour empêcher qu'on fasse des conclusions d'un nombre peu considérable de cas. Il voudrait charger M. Mendel de faire une enquête sur le sujet en question.

M. G. Lewin a trouvé que, dans ses cas, le moindre intervalle entre l'infection et l'affection du système nerveux était de deux ans et demi. Aussi croit-il que la conclusion tirée de ses 600 cas tertiaires est d'une valeur décisive. Dans son service de la Charité, il a observé deux cas de syphilis cérébrale. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une femme infectée par un enfant, héréditairement syphilitique, auquel elle donnait le sein. Elle transmit la syphilis à son propre enfant et à son mari. L'enfant héréditairement syphilitique succomba ; elle-même et son enfant furent traités. Le mari mourut

d'une syphilis cérébrale ; l'âge est inconnu. La section fit trouver une artérite oblitérante de l'artère basilaire. Sa propre enfant fut reçue seize ans plus tard à l'hôpital, se maria et eut un enfant, chez lequel on constata des processus gommeux. Le père de cet enfant mourut peu de temps après, cause inconnue.

M. Rosenthal, remarque M. Lewin, a parlé la première fois de syphilis maligne et la seconde fois de syphilis tertiaire, ce qui n'est pas à confondre.

M. Mendel trouve que la discussion n'a pas résolu la question. Vu le petit nombre de ses observations, il ne voudrait pas non plus en tirer des conclusions. Mais il est de l'avis de M. Renvers que, dans nombre de cas, la syphilis chez des gens âgés est grave par suite de l'artériosclérose coexistante, et peut-être le traitement mercuriel augmente encore cet état des vaisseaux. Mais ses propres cas se distinguent des autres ayant généralement une issue funeste, parce qu'ils sont presque tout à fait guéris, ce qui lui semble bien digne d'être mentionné. Les deux premiers cas sont de longue date et sont restés libres de récidives, ce qui prouve qu'il s'agissait réellement de syphilis. Les difficultés de la diagnose augmentent, parce qu'il y a généralement dans ces cas amélioration ou guérison et que, par conséquent, ils manquent d'une autopsie pour les vérifier.

La syphilis et les affections des articulations.

M. Renvers. — On trouve dans les manuels peu de détails au sujet des affections syphilitiques des articulations ; l'auteur veut seulement développer ses propres expériences. On fait bien de distinguer deux formes d'affections syphilitiques des articulations : 1° celles qui se montrent dans la période d'infection ; 2° celles qui s'observent dans l'état secondaire ou tertiaire. Les soi-disant affections articulaires de la période d'incubation n'ont rien à faire aux articulations elles-mêmes ; elles sont plutôt des pseudo-affections articulaires. M. Renvers a eu l'occasion, pendant les derniers mois, d'en observer deux cas. Il s'agissait de jeunes filles anémiques et cachectiques qui se plaignaient de violentes douleurs nocturnes des articulations des épaules et des bras ; l'une d'elles aussi, de celles du genou. En examinant de près, on trouva que seulement les alentours des articulations étaient douloureux au contact. La thérapie prescrite auparavant avait été sans succès ; plus tard d'autres symptômes syphilitiques s'y joignirent, et à l'apparition d'un exanthème les plaintes principales disparurent. Cette pseudo-affection des articulations, caractérisée par une cachexie précoce, la chute des cheveux et des douleurs nocturnes est très importante pour la diagnose, puisqu'elle indique le chemin pour le traitement. Dans l'état secondaire, on observe une autre classe d'affections qui feignent un rhumatisme articulaire. Un cas typique concernait une jeune femme de 22 ans, infectée par son mari ; la diagnose de syphilis se basait dans ce cas sur une tuméfaction multiple des glandes, le manque de la menstruation, et une anémie croissante. L'état s'améliora après quinze frictions à 2,0 gr. ; cinq mois plus tard, un exanthème papuleux se montra, contre lequel on prescrivit de nouvelles frictions. La femme fut alors enceinte, un enfant sain naquit, mais elle devint

tout de suite après tellement faible qu'on la transporta dans différents bains. Elle y fut prise d'une affection grave des articulations de l'épaule, du genou et du pied. La diagnose de rhumatisme articulaire aigu fut faite, mais la thérapie resta sans résultat. La cachexie augmenta et lorsque M. Renvers vit la malade, il trouva, outre des cicatrices suspectes, un exanthème récent papuleux. Il n'y avait pas de tuberculose, et la température mesurée chaque heure montra que la nuit, entre 3 et 4 heures, il y avait une augmentation jusqu'à 39 et 40° et qu'après une transpiration abondante, elle tomba de nouveau vers le matin. M. Renvers a encore vu deux cas pareils. Ils se caractérisent tous par les circonstances que les articulations ne montrent pas de graves altérations, qu'une syphilis mal ou peu traitée a précédé et qu'on réussit à trouver encore d'autres symptômes syphilitiques. Pour la diagnose différentielle, il est de grande valeur que ces malades ne réagissent pas sur l'acide salicylique, tandis que M. Renvers n'a pas encore vu de cas typique de rhumatisme articulaire aigu qui ne fût influencé par ce médicament administré comme il faut. Il croit que pour cent cas qui sont considérés comme rhumatisme articulaire aigu, trente admettent une autre diagnose. Le cœur n'est généralement pas pris dans le courant de ces affections, qui se caractérisent, quant à l'anatomie pathologique, par un état irritatif produit par la syphilis. En comparaison avec ces cas, il y en a d'autres qui se développent sous l'image d'un rhumatisme articulaire chronique, et qui se caractérisent par des gonflements d'articulations multiples, dans lesquels il s'agit d'une chondrite syphilitique constatée par Virchow en 1882. Ces affections se montrent surtout aux grandes articulations exposées à un traumatisme. Peu à peu elles sont soumises à de grandes altérations; la durée est quelquefois une série d'années. M. Renvers a fait l'autopsie d'un tel cas qu'on n'avait pas reconnu pendant la vie. Il s'agissait d'un malade de 53 ans qui fut reçu à l'hôpital avec une cachexie avancée, albuminurie et glycosurie et qui montra une affection de presque toutes les articulations. La section fit trouver une syphilis viscérale très étendue et une forte chrondrite syphilitique. Un autre cas regardait un homme de 33 ans avec des affections articulaires multiples, quatre ans après l'infection. Comme le malade souffrait en outre d'une gonorrhée, on pensa d'abord à une affection gonorrhéique. Mais l'anamnèse éclaircit que les articulations avaient été déjà prises plus tôt. On fit la diagnose de chondrite syphilitique et la thérapie justifia cette diagnose. Dans une autre série plus fréquente il s'agit d'altérations tertiaires des os. Dans ces cas, des gommes se développent dans les alentours des articulations, qui sont prises alors secondairement. S'il s'agit d'un individu encore jeune, on observe ordinairement une hydarthrose, mais si la personne est déjà âgée et si un traumatisme vient s'y joindre, il y a suppuration et les signes d'une carie. Cette forme est presque toujours articulaire. Dans un cas, dans lequel on avait fait la diagnose de tumeur blanche tuberculeuse, l'épiphyse du fémur se montra enflée du double de son volume par une gomme. Enfin il y a encore une forme d'affections articulaires dans lesquelles les ligaments sont pris, forme sur laquelle Lancereaux a de nouveau dirigé l'attention dans les derniers temps. M. Renvers a vu un cas, dans

lequel il y avait une gomme dans le tendon patellaire qui avait produit une inflammation de la séreuse. Il croit que beaucoup de cas décrits dans le dernier temps sous le nom d'achillodynie sont d'origine syphilitique. Comme preuve, il peut citer deux exemples : dans l'un d'eux, il s'agit d'une dame de 25 ans souffrant d'achillodynie à haut degré. Après les méthodes les plus différentes de traitement, M. Renvers réussit encore à y découvrir une petite tumeur. L'examen continué fit trouver en outre une périostose du crâne et des douleurs intenses de la tête. L'iode et des frictions menèrent une guérison rapide. Quant aux formes héréditaires des affections articulaires, M. Renvers n'en a pas d'expériences.

Sarcocèle double spécifique.

M. Isaac présente un jeune homme qui s'infecta de gonorrhée, il y a deux ans et de syphilis, il y a un an et demi. Il eut un exanthème spécifique se caractérisant par de petites papules, une iritis et des adénites multiples, pour lesquelles il fut frictionné 30 à 40 fois. Le malade a maintenant bonne mine, mais montre de nombreuses croûtes de rupia et un gonflement des deux testicules dont celui de droite est changé dans une grande tumeur, tandis que celui de gauche fait reconnaître plusieurs nodules distincts du parenchyme; l'épididyme est libre des deux côtés. Le cas démontre qu'un exanthème composé de petites papules prédit une syphilis grave, que la malignité du début garde son caractère et qu'un an et demi après l'infection des symptômes graves de syphilis viscérale peuvent se montrer.

A. Rosenthal.

Ve CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

SECTION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Séance du 28 décembre.

Introduction cataphorique de mercure dans l'organisme.

Le professeur Stoukovenkoff (de Kiew) a vérifié les expériences publiées par le professeur Gärtner et Ehrmann, sur l'action des bains électriques, et est arrivé à des résultats négatifs. Il procédait de la façon suivante : le malade était assis sur un banc isolateur; le pied droit placé dans un bain de sublimé (pôle positif); le gauche, dans un bain indifférent contenant un peu de sel marin (pôle négatif). Le mercure ne passait pas dans les urines, sauf une petite quantité s'il y avait des fissures à la peau des membres. Les syphilides ne changeaient en rien. Puis M. Stoukovenkoff a répété encore une fois les expériences en employant les électrodes cataphoritiques du Dr Alexandroff, et toujours avec le même insuccès. Si le courant était très énergique, il produisait des brûlures, mais les syphilides n'étaient pas influencées et l'urine contenait à peine une quantité insignifiante de mercure.

Traitement de la syphilis par les bains chauds.

Le Dr Vatraszewski (de Varsovie) résume les travaux publiés sur cette question et arrive aux conclusions suivantes :

Les bains à 35°, avec 4 p. 100 de sel marin, en irritant un peu la peau, favorisent les échanges nutritifs et le dédoublement des albuminoïdes. On sait que les syphilides disparaissent au cours des affections aiguës (érysipèle, rougeole, pneumonie) où les échanges s'élèvent. L'action des bains est donc propablement analogue à celle des pyrexies. De plus, ils facilitent l'action du mercure qui a toujours une tendance à donner des albuminates en se combinant avec les tissus les moins résistants de l'organisme, c'est-à-dire les syphilides ; or, les bains favorisent l'élimination de ces tissus détruits.

Le Dr Nikolski remarque que l'action des bains dépend de l'état du système vaso-moteur du malade ; quelquefois l'éruption réapparaît encore plus intense.

Syphilis cérébrale précoce.

Le Dr Trapeznikoff rapporte un cas observé dans le service du professeur Tarnowski ; il s'agit d'un jeune homme entré en février 1892 à l'hôpital, quatre mois après l'apparition d'un chancre induré, avec des manifestations ordinaires de la période condylomateuse, des céphalées violentes et hémiopie double. L'examen ophtalmologique n'a cependant révélé aucune altération cérébrale, ni oculaire. Bientôt se sont ajoutés des nausées, des vomissements, une apathie générale, exagération des réflexes, puis est survenue la perte graduelle de connaissance et délire, du nystagmus, strabisme interne et ptosis à droite ; des paralysies, aphasie ; enfin, un mois après le début de la maladie, mort dans le coma. A l'autopsie, on constata un épaississement de la dure-mère au niveau de la faux du cerveau ; à la région temporale elle est intimement unie à la pie-mère un peu œdématiée ; les artères sylviennes sont un peu sclérosées, l'épendyme du quatrième ventricule et des ventricules latéraux est épaissi ; le plancher du troisième ventricule, les commissures et les tubercules quadrijumeaux sont détruits ; l'artère cérébrale postérieure est oblitérée.

Le Dr Nikolski trouve ce cas intéressant à cause de la manifestation cérébrale précoce ; des cas analogues sont peut-être fréquents, mais les malades entrent probablement dans les services de maladies nerveuses. Quant à la cause de la localisation cérébrale précoce chez cet homme, elle est due soit à un traitement insuffisant, soit à une prédisposition individuelle.

Pour le professeur Kowalewski, cette forme ressemble à la neurasthénie syphilitique décrite par M. Fournier dans laquelle le mercure est absolument contre-indiqué, tandis qu'il est nécessaire dans l'artérite cérébrale ; le diagnostic entre ces deux formes est donc d'importance capitale.

Durée de la contagiosité de la syphilis.

Le Dr Tschistiakoff (de St-Pétersbourg) en se basant sur ses recherches faites dans la clinique du professeur Tarnowski, arrive à la conclusion

que, même 9 ans après le chancre, on peut observer toutes les formes de toutes les périodes de la syphilis. Il est par conséquent impossible, au point de vue clinique, de déterminer, même à la troisième période, si la contagion n'est plus à craindre. De plus, certaines formes, comme par exemple le psoriasis palmaire, la roséole tardive, sont considérées par certains comme des manifestations secondaires, par d'autres, comme tertiaires. Le rapporteur a vu des cas où des hommes, huit, dix et même quinze ans après la disparition de toute manifestation syphilitique, présentaient de nouveau de la syphilis secondaire et la donnaient à leurs femmes. Il est donc presque impossible de donner des indications absolues, sur la question : si le malade peut se marier.

Le professeur Gué dit qu'il considère la roséole tardive comme manifestation de la période tertiaire, car elle laisse après elle une tache atrophique et a une forme serpigineuse, ce qu'on ne voit que dans la roséole simple des enfants.

Le professeur Tarnowski attire l'attention des assistants sur ce signe très important et que le professeur Gué est le premier à signaler.

Séance du 29 décembre.

Uréthrite postérieure.

Le D[r] Lantz communique les résultats de ses recherches sur la fréquence et le moment d'éclosion de l'uréthrite postérieure. Les différences qu'on trouve entre les chiffres donnés par les auteurs tiennent: d'une part, à ce que tantôt on tenait compte seulement de la première infection, tantôt aussi des récidives ; d'autre part, ces différences s'expliquent par l'absence de signes absolument pathognomoniques pour tous les cas. L'épreuve de Thompson (par le lavage de l'urèthre) n'exclut pas la possibilité d'une erreur de diagnostic, puisqu'il est impossible d'avoir la certitude qu'on a bien lavé l'urèthre antérieur et par ce qu'on peut, pendant le lavage, faire refluer la sécrétion morbide de l'urèthre antérieur dans le postérieur.

L'auteur a examiné l'urèthre dans 76 cas de blennorrhagie aiguë primitive, et a trouvé de l'uréthrite postérieure dans 61 cas, c'est-à-dire 80,3 p. 100 ; chez les 15 autres l'urethrite postérieure s'est développée peu à peu, sans aucun phénomène attirant l'attention, et sans sécrétion abondante. Aussi doit-on considérer cette urethrite non pas comme une complication du début de la blennorrhagie, mais comme un état dû à son évolution ultérieure.

Quant au moment précis où l'affection passe de la fossette naviculaire dans les portions membraneuse et prostatique, Heisler a démontré que le plus souvent c'est au cours de la première ou deuxième semaine que cette localisation se fait, et non à la troisième comme le dit la majorité des auteurs. Sur 61 malades de M. Lantz, l'uréthrite postérieure a débuté chez 40 au cours de la deuxième semaine. Les excès, la fatigue, la constitution n'ont aucun rôle prédisposant.

Le D[r] Dobrochotoff observe que, dans la clinique du professeur Sinitzine, la blennorrhagie est d'abord traitée par le repos, les antiphlogistiques (glace) et les balsamiques jusqu'à la diminution des sécrétions, puis par les

injections; il trouve cette méthode de traitement la meilleure et, sur 16 blennorrhagiques, chez un seulement l'urèthre postérieur a été pris.

Spermato-cystite blennorrhagique.

Le Dr Petersen a souvent observé cette complication au cours de la gonorrhée. En étudiant cette question, il a trouvé que les deux vésicules forment un angle de 130-160°, au lieu de 30-45°, ce qui est très important pour leur examen sur le vivant. M. Petersen nie aussi l'assertion de Kocher qui prétend qu'on ne peut pas sentir par le toucher leur extrémité supérieure. Quant aux dimensions, le rapporteur a trouvé les chiffres suivants : longueur 5 à 10 centim., largeur, 1,5 à 3 centim.

Parmi les maladies de vésicules séminales, M. Petersen a surtout étudié la spermo-cystitis acuta serosa, au cours de la blennorrhagie. Sur 200 blennorrhagiques, il a trouvé : 16 p. 100 de prostatite, 14 p. 100 épididymite, 0,5 p. 100 de rhumatisme blennorrhagique, 0,5 p. 100 cowpérite et 4 p. 100 de spermato-cystite; les vésicules sont donc atteintes beaucoup plus souvent qu'on ne le croit. Les malades se plaignaient surtout d'une douleur plus grande à la miction, de pesanteur et douleur rectales; quelques-uns avaient des hématuries et deux de l'hématospermie. Par le toucher anal on sentait les vésicules séminales sous forme de deux corps arrondis, mous ; chez un malade, on avait la sensation d'un paquet de lombrics. Trois fois M. Petersen a employé le procédé d'Alexander : après avoir fait uriner le malade, on appuie avec le doigt anal d'arrière en avant sur la vésicule hypertrophiée, et lorsque le malade urine de nouveau, en cas de vésiculite, l'urine est plus louche et contient des globules de pus et des spermatozoïdes. Chaque poussée du côté des vésicules coïncide avec une accentuation de la blennorrhagie et l'apparition d'une épididymite aiguë. Il est très important de faire le diagnostic de bonne heure et d'empêcher le passage de la vésiculite séreuse en vésiculite purulente, ce qu'on obtient par l'introduction de glace dans le rectum.

Le Dr Zonieff a observé, dans un cas de blennorrhagie compliquée d'épididymite, de funiculite et de vésiculite, des phénomènes généraux : fièvre vespérale, amaigrissement, mydriase, constipation, c'est-à-dire les mêmes qu'on observe dans les affections génitales graves de la femme.

Atrophie de la prostate.

Le Dr Straouch a constaté chez 3 blennorrhagiques chroniques une diminution du volume de la prostate. L'âge des malades (21-32) excluait l'atrophie seule ; l'état normal des organes urinaires ne permettait pas de penser à une atrophie congénitale de la glande. Il est donc probable que l'atrophie était due à l'uréthrite blennorrhagique postérieure.

Traitement de la prostatite par le massage rectal.

D'après le Dr Volanski, le massage peut amener la guérison si les symptômes sont dus seulement à l'hypertrophie de la glande, les autres organes urinaires étant intacts. La guérison de la prostatite amène parfois aussi la guérison d'une blennorrhagie rebelle.

Le Dr Ebermann qui a, le premier, préconisé le massage de la prostate

dans les diverses affections de cette glande, a remarqué que ce mode de traitement est d'une utitité réelle dans les formes chroniques ou subaiguës et atténue beaucoup les accès dans l'hypertrophie sénile.

S. Broïdo.

SECTION DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Syphilis et paralysie générale.

Le professeur Tschige fait une communication sur les rapports entre la syphilis et la paralysie générale, au point de vue clinique et étiologique. Il a examiné 130 cas avec une étiologie bien connue et 70 où elle ne l'était pas. Sur les 130 premiers il y avait 96 syphilitiques avérés et 15 probables; chez 19 aucune trace de syphilis. Le temps qui sépare l'infection syphilitique et l'apparition de la paralysie, varie de 5 à 15 ans; le plus grand nombre se montre entre 30 et 40 ans. En dehors de la syphilis, il y avait comme facteurs étiologiques : alcoolisme et névropathie héréditaire. L'auteur conclut que la principale cause de la paralysie générale est la syphilis, soit par sa malignité, soit, et plus probablement, à cause de l'insuffisance du traitement. L'accroissement considérable des paralytiques dans les vingt-cinq dernières années serait dû au développement de la paralysie chez des syphilitiques insuffisamment soignés. Le grand nombre de paralysies générales observées chez des syphilitiques, ne permet pas de distinguer une paralysie générale d'origine syphilitique et une paralysie non syphilitique. Les autres causes : alcoolisme, traumatisme sont très rares; l'hérédité a ici un rôle moindre que dans les autres affections nerveuses; dans aucun cas le rapporteur n'a trouvé dans l'étiologie d'excès quelconque, ni de travail cérébral exagéré. Dans les cas où on ne trouve pas de syphilis acquise, il y a probablement une syphilis héréditaire.

MM. Tscheremschanski et Bajenoff trouvent que M. Tschige est trop absolu : la rareté de la paralysie générale chez les femmes et surtout chez les paysans, malgré la fréquence assez grande de la syphilis chez les premières et les deuxièmes, prouve que la syphilis n'est pas la seule cause de la paralysie. De plus, le professeur Lioubimoff n'a jamais trouvé, dans les autopsies des paralytiques généraux, aucune lésion syphilitique de l'encéphale : ni gommes, ni endartérite oblitérante, ni dégénérescence amyloïde des organes.

S. Broïdo.

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

Séance du 29 janvier.

Lichen atrophique.

Le Dr Pawlow communique deux cas de lichen atrophique qu'il a eus à traiter. Une de ces malades, âgée de 56 ans, est entrée à l'hôpital Kolinkine pour une éruption excessivement prurigineuse généralisée à tout le corps, particulièrement aux membres. L'affection cutanée datait d'un an et demi; elle s'était traduite d'abord par la démangeaison, puis après le grattage

sont apparues de petites nodosités rougeâtres, prenant peu à peu l'aspect des nodosités qu'on trouve aujourd'hui disséminées, par groupes, sur tout le corps. Ce sont des nodosités à surface plane, lisse, de couleur de la peau normale ou presque, entourées d'un anneau légèrement pigmenté, de consistance ferme, donnant par places au toucher, la sensation de chéloïdes. Entre les nodosités, on trouve dans chaque groupe des cicatricules blanches, lisses, déprimées, avec un cercle pigmentaire autour. Beaucoup d'effets de grattage. Le traitement était surtout dirigé contre le prurit dont se plaignait beaucoup la malade, mais il l'a peu soulagée. Ayant constaté chez cette femme, six semaines après son entrée à l'hôpital, des nodosités typiques du lichen plan, M. Pawlow administra des pilules asiatiques (?) et un traitement externe qui ont entravé la formation de nouvelles nodosités, mais n'ont eu aucune influence sur les anciennes, ni sur le prurit. Le rapporteur a enlevé trois lambeaux de peau : un avec une nodosité récente, un avec une nodosité atypique, sclérosée, et un avec un nodule déjà plan. L'examen du premier a seulement confirmé son caractère clinique. Les différentes couches de la peau étaient épaissies, les papilles allongées et remplies, au niveau des nodules, par des cellules rondes; les vaisseaux papillaires étaient infiltrés et dilatés, le stratum vasculaire sous-papillaire encore plus. Dans le nodule atypique on trouve, outre l'épaississement des couches de la peàu, l'amincissement des prolongements épithéliaux; les cellules de la partie terminale de ces prolongements devenaient fusiformes, de sorte que les papilles semblaient épaissies. Les cellules infiltrantes n'étaient pas nombreuses, et par leur aspect se rapprochaient des cellules fusiformes; le tissu fondamental des papilles est plus ferme. Le troisième lambeau examiné présentait une dilatation plus considérable des papilles et un raccourcissement plus notable des prolongements épithéliaux. Cet examen justifie l'hypothèse de Darrier, que les cellules rondes se transforment en tissu conjonctif fixe, dont le froncement ultérieur et la distension concomitante de la couche papillaire donnent lieu à l'atrophie et à la formation du nodule atypique. N'ayant obtenu aucun résultat par le traitement externe, et considérant le lichen plan comme une affection d'origine nerveuse, le rapporteur a institué le traitement antinerveux (camphre, bromure, chloral) et très rapidement tous les phénomènes ont disparu. M. Pawlow croit qu'il s'agit d'une variété de lichen plan, le lichen scléreux ou atrophique, et l'attribue à un trouble nerveux prédisposant aux chéloïdes par la moindre irritation locale; peut-être le prurit et les lésions de grattage étaient-ils, dans ce cas, la cause prédisposante pour le chéloïde; M. Pawlow propose d'appeler cette variété *lichen plan chéloïdiforme.*

S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CHARKOW

Séance du 24 janvier.

Paralysie spinale syphilitique d'Erb et les paralysies spinales toxiques.

Le professeur lib. Dr Trachtenberg, rappelle que la forme décrite par

Erb comme myélite syphilitique, et caractérisée par les parésies spasmodiques des membres inférieurs, une rigidité musculaire, l'exagération des réflexes tendineux, les phénomènes du pied et troubles des sphincters, a été déjà signalée peu de temps avant Erb par le professeur Kowalewski dans son Traité de « la syphilis cérébrale ». Il signale aussi deux symptômes importants pour le diagnostic : l'hyperesthésie thermique et le peu de troubles psychiques. Parmi les 19 cas publiés par l'auteur, il y en a où on ne trouve pas de lues dans les antécédents. Il est d'avis que la syphilis spinale d'Erb est une myélite toxique rappelant, au point de vue clinique, les troubles médullaires de la pellagre et du lathyrisme; mais il n'est pas d'accord avec Oppenheim, pour qui la syphilis de la moelle ne peut se manifester que sous forme de méningo-myélite. S. Broïdo.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ODESSA

Séance du 24 janvier.

Chromhydrose.

Le Dr Gecheline présente un enfant de 10 ans, bien portant, chez qui, après une chute avec contusion et égratignure du nez, s'est montrée, dix jours après la disparition de toute trace de la contusion, une coloration bleue du dos du nez, au niveau de l'égratignure. Par l'application d'une pommade, la coloration a disparu pour revenir six jours après. Depuis elle persiste toujours; elle occupe tout le nez, sauf l'égratignure et une étendue de 1/2 millim. autour; la couleur est surtout intense le matin, après le sommeil, et après une promenade. La matière colorante s'enlève facilement avec de la ouate humide et même sèche. Une fois, cette matière était tellement abondante, qu'elle formait une couche bleu foncé épaisse, avec des grains de substance colorante par places. M. Gecheline, pour éliminer l'idée d'une coloration artificielle, a soigneusement lavé la peau du nez de l'enfant et l'a surveillé pendant une heure; puis, en effrayant l'enfant par la menace de le laisser seul à l'hôpital, il a vu le nez du malade devenir subitement et rapidement d'une couleur bleue très intense. L'expérience a été répétée plusieurs fois. La substance colorante recueillie et examinée au microscope, se présente sous forme de cristaux irréguliers; elle est insoluble dans l'eau et l'éther, soluble dans le chloroforme. M. Gecheline croit que c'est de l'indigo; on ne trouvait pas d'indican dans les urines.

S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGISTES ET D'ALIÉNISTES DE MOSCOU

Séance du 21 janvier 1894.

Troubles du système nerveux et blennorrhagie.

M. Tambourer communique l'observation d'un malade de 25 ans, éthylique, de famille névropathique, atteint depuis trois ans de blennorrhagie

chronique avec rétrécissement de l'urèthre, et spasmes du col vésical.

Huit mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, se sont produites des manifestations articulaires, et trois semaines avant cette entrée, une série de phénomènes démontrant que le système nerveux était atteint. A l'hôpital, à l'arthrite blennorrhagique des grandes articulations, s'est ajoutée la phlébite des veines fémorales, mais qui n'a pas duré longtemps. Après trois semaines de séjour, et quand l'état général et le rhumatisme semblaient s'améliorer, se montrèrent tout d'un coup des signes d'embolie cérébrale, avec paralysie et convulsions, d'abord de la moitié droite du corps, puis aussi de la moitié gauche; le malade est mort au bout de trois jours, sans avoir repris connaissance. L'autopsie n'a pu être faite; mais comme il n'y avait ni dans les antécédents, ni dans les commémoratifs, d'endocardite, le rapporteur attribue la phlébite et l'embolie à l'artérite primitive blennorrhagique. Quant aux troubles nerveux qui s'étaient montrés avant son entrée à l'hôpital, ils seraient dus, pour M. Tambourer, à l'arthrite vertébrale ayant amené la compression mécanique des racines rachidiennes dans les trous de conjugaison.

M. le professeur Kojewnikoff dit qu'il a aussi vu ce malade, et que, pour lui aussi, les troubles nerveux étaient d'origine blennorrhagique, leur instabilité ne permettait guère de les attribuer à une névrite ou méningite.

S. Broïdo.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné. — MENAHEM-HODARA. Ueber die bacteriologische Diagnose der Akne.(Travail du laboratoire dermatologique du Dr UNNA, Hambourg.)

L'auteur comprend exclusivement sous le nom d'acné, la lésion bien connue qui survient chez les jeunes gens; elle débute surtout par des comédons au front, à la joue, au menton, aux épaules, à la poitrine, très rarement sur les bras; cette éruption se transforme très fréquemment en une dermatose pustuleuse. Cette affection prend, surtout chez les personnes pâles et anémiques, une marche chronique, atteint les follicules les uns après les autres, et ne guérit d'ordinaire qu'après la puberté. L'acné vraie n'envahit jamais d'autres parties du corps. Une folliculite sans comédons n'est jamais de l'acné, même quand elle occupe les sièges de prédilection de cette dernière affection. En outre, dans l'acné vraie, la couche cornée est toujours épaissie dans les points où siègent les comédons. C'est d'après ces caractères cliniques, qu'Unna distingue nettement l'acné de toutes les autres formes de folliculite.

Un point essentiel est de savoir si entre l'acné vraie et d'autres comédons, on peut établir une différence tranchée au point de vue bactériologique, comme au point de vue clinique.

L'auteur a examiné 20 cas de comédons d'acné vraie, qui provenaient du front, de la face et de la poitrine, de jeunes filles et de jeunes gens observés à la clinique, à la polyclinique et dans la clientèle privée. Il a eu, en outre, trois cas de comédons isolés sans trace d'acné, et un cas de kyste folliculaire.

Examen microscopique. — Après avoir exprimé le comédon, on le place pendant quatre à cinq heures dans de l'alcool absolu, puis on ajoute quelques gouttes d'éther; une ou deux heures après, on met la préparation dans la celloïdine où on la laisse jusqu'à durcissement complet.

Coloration. — L'auteur indique ensuite différents procédés de coloration : bleu de méthyle; iode; bleu de méthyle et tannin.

Anatomie des comédons. — La coupe médiane du comédon a une forme cylindro-conique, sa partie supérieure (tête du comédon) est plus étroite que sa partie inférieure (base du comédon). Sa partie extérieure est constituée par des couches cornées concentriques (manteau du comédon); son noyau se compose : 1° de lamelles cornées, distribuées irrégulièrement (lamelles internes) ; 2° de cavités interlamellaires. En général, une grande cavité occupe le milieu et s'étend vers la partie inférieure du comédon, tandis que de plus petites cavités sont irrégulièrement réparties dans les espaces interlamellaires internes, et que de toutes petites cavités s'étendent souvent de ces points jusque vers les lamelles externes.

Des germes en général. — Dans le comédon de l'acné vraie, l'auteur a

toujours trouvé trois espèces de micro-organismes : 1° une variété de cocci spéciale au comédon, qui se trouvent souvent dans la tête et les lamelles externes, tantôt en amas volumineux, en forme de cercles, tantôt aussi isolés. Ils ne pénètrent ni dans l'intérieur du comédon, ni ne se trouvent à la base ; 2° des Flaschenbacillen identiques aux spores de Malassez. On les rencontre presque toujours dans la tête, parfois aussi dans les lamelles externes et internes ; ils sont situés plus profondément que les premiers, mais jamais à la base du comédon ni dans les cavités centrales. Ils se mélangent avec les cocci et forment avec eux des amas dans lesquels dominent, tantôt les uns, tantôt les autres ; 3° de petits bacilles ; ce sont les organismes les plus importants, l'auteur les a toujours et sans exception rencontrés à la base, dans les cavités centrales, plus rarement dans les petites cavités périphériques du comédon de l'acné vraie. Ils ne sont jamais mêlés aux variétés précédentes.

Petits bacilles. — Unna le premier a, en 1892, mentionné ces bacilles. Ils ont la forme de bâtonnets petits et courts mais relativement épais. Presque tous sont légèrement recourbés ; leurs extrémités sont arrondies, leur centre est un peu plus volumineux que les extrémités ; longueur moyenne 0,7 μ, largeur moyenne 0,3 μ.

Ces bacilles se présentent, avec les méthodes de coloration d'Unna, comme des organismes spéciaux. Avec ces colorations on reconnaît que ces bacilles sont enveloppés de tous côtés d'une masse homogène, d'une gloée, qui se distingue nettement de la masse cornée. Les plus petits de ces bacilles se présentent comme de petits bâtonnets, presque punctiformes. Dans leur croissance ultérieure, leur longueur et leur largeur deviennent toujours plus inégales ; leur largeur ne change presque pas, tandis que leur longueur augmente de plus en plus, jusqu'à ce qu'ils aient pris la forme de bâtonnets petits et épais, et que l'enveloppement dans la gloée ait eu lieu. Parfois deux ou trois bacilles forment une série. Quelques gros bâtonnets sont au centre un peu plus minces, clairs, incolores, tandis que les extrémités sont très colorées. Dans les points où les bacilles sont confluents, leurs enveloppes se confondent et forment des amas volumineux. Plus ces amas sont volumineux et anciens, plus la gloée est nettement colorée.

Ce micro-organisme se trouve en quantité très considérable et remplit presque entièrement le comédon de l'acné vraie. Il existe accumulé en masses épaisses dans les cavités, surtout à leur périphérie, tandis qu'au centre des cavités il forme des amas isolés autour desquels il reste des espaces incolores.

L'auteur a eu l'occasion d'observer la croissance de ce petit germe de bâtonnet. Chez un jeune homme atteint d'acné, il a pu exprimer tous les petits comédons au début de leur développement, et il a constaté que les petits bacilles forment seulement au centre du comédon de tout petits foyers, et qu'il n'y a aucune autre espèce de germes. Ils remplissent aussi le centre, c'est-à-dire la cavité ou les différents espaces creux interlamellaires sous forme de comédons un peu plus gros. Mais on les trouve aussi à la base du comédon, qui est tuméfié par la proportion croissante des bacilles et de leurs enveloppes. Les bacilles ne se dévoloppent que vers le

bas et laissent libre l'espace supérieur du comédon pour d'autres germes qui viennent plus tard. Ce n'est que dans les comédons anciens et volumineux, toujours très riches en germes que les petits bacilles ne se contentent pas d'occuper la base et les parties médianes; ils forment de petits foyers entre les lamelles externes.

Dans les vingt cas de comédons d'acné vraie, l'auteur a toujours trouvé groupés, comme il vient d'être dit, ces bacilles; dans les cas de comédons sans acné il n'a, au contraire, jamais observé la plus légère trace de ces bacilles. Il est donc permis de conclure que ces bacilles sont les compagnons certains de l'acné, peut-être même leur cause.

L'auteur donne ensuite les différents procédés de culture du bacille de l'acné.

Il étudie après cela les Flaschenbacillen ou spores de Malassez, leur développement. De son étude, il résulte que dans les vingt cas de comédons d'acné vraie, ces champignons se sont toujours présentés dans le même ordre. Dans les comédons de la pseudo-acné, ils existent aussi bien dans les couches extérieures qu'à la tête, et y sont accompagnés de cocci; mais ici ils sont en général seuls, ils trouvent un terrain de culture libre d'autres germes et s'y multiplient à l'intérieur, remplissant les comédons entiers de masses considérables. Les Flaschenbacillen ne sauraient être la cause de l'acné, attendu qu'ils se rencontrent non seulement dans les couches superficielles des comédons d'acné, mais encore dans les comédons de la pseudo-acné. On les trouve aussi en grande quantité dans le pityriasis capitis (Malassez), dans les croûtes et squames de l'eczéma séborrhéique (Unna). Ils vivent à l'état saprophytique dans les couches superficielles des comédons. A côté des Flaschenbacillen, l'auteur a trouvé des formes intermédiaires, coniques ou ovales, constituées par le gonflement irrégulier des bâtonnets et qu'il a désignées sous le nom de Flaschen-Kugel-Bacillen.

La troisième variété d'organismes qu'on observe dans les comédons d'acné, sont les cocci. Ils ont la forme de belles granulations arrondies, ayant toutes les mêmes caractères. Elles forment des amas ovulaires, quelques-unes sont isolées et disséminées. Elles ne ressemblent ni aux morocoques d'Unna, ni aux staphylocoques, elles ont une forme spéciale, leur diamètre varie de 0,3 à 0,5 μ.

Les cocci non plus ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de l'acné, car on ne les rencontre régulièrement ni dans les comédons de l'acné vraie ni dans ceux de la pseudo-acné; et là où ils existent ils occupent entre tous les champignons la place la plus superficielle.

Il faut conserver le terme acné uniquement pour désigner l'acné vraie.

Cette acné ainsi déterminée se reconnaît entre autres à des comédons qui renferment toujours une flore de champignons. Cette flore est à peu près constamment la même, de sorte que le simple examen des comédons suffit pour établir le diagnostic de l'acné.

Les comédons qui se trouvent dans d'autres dermatoses (eczéma séborrhéique, cicatrices, lichen pilaire et autres comédons isolés) ne présentent pas les mêmes champignons dans les mêmes couches et se recon-

naissent facilement à ce signe comme des variétés de la pseudo-acné.

Il y a un champignon qui ne manque jamais dans les comédons de l'acné vraie, c'est un petit bacille décrit par Unna, mais aussi découvert par l'auteur. Unna en donne la description histologique par des coupes faites sur l'acné, l'auteur décrit microscopiquement les comédons ainsi que ce qu'il a trouvé au point de vue bactériologique dans les cultures de comédons.

Ce bacille, que l'auteur a recherché systématiquement dans les comédons de vingt malades, a toujours été trouvé régulièrement et dans les mêmes conditions, de sorte que très vraisemblablement il constitue la cause de l'acné.

Ce germe occupe toujours la base et les cavités centrales du comédon, jamais la tête, et ne pénètre jusqu'aux lamelles externes que dans les comédons très développés.

En outre, on trouve encore dans le comédon de l'acné vraie : de gros bacilles (Flaschenbacillen d'Unna, spores de Malassez, Flaschen-Kugel-Bacillen de l'auteur) et une variété de cocci. Ces deux variétés n'existent pas d'une manière régulière, elles se trouvent dans la tête du comédon et s'enfoncent plus ou moins profondément dans les lamelles externes, les Flaschen-Kugel-Bacillen pénétrant plus avant que les cocci. On ne les rencontre jamais à la base ni dans les cavités internes des comédons de l'acné vraie. Ces germes n'ont une existence secondaire, saprophytique que dans les comédons de l'acné vraie.

Dans les comédons de la pseudo-acné les petits bacilles manquent totalement, tandis que les gros bacilles et les cocci existent fréquemment, mais non d'une manière régulière et ne se distinguent par aucune disposition régulière. A. Doyon.

Actinomycose. — R. Gaube. Actinomycose de la face. Guérison par l'iodure de potassium. (*Union médicale du Nord-Est,* mars 1894.)

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, présentant, le 2 août 1893, une tuméfaction de la joue droite, prise d'abord pour une fluxion dentaire. Cette tuméfaction durait depuis trois mois, elle avait débuté au niveau de la pommette, et s'était étendue jusqu'à l'espace compris entre la commissure labiale et l'articulation temporo-maxillaire. Dureté ligneuse à la périphérie, fausse fluctuation au centre où la peau est tendue et violacée; ganglions sous-maxillaires. Pas de douleurs mais difficulté pour ouvrir la bouche. Incision avec le bistouri et écoulement d'un liquide séreux, sans odeur, renfermant des grains jaunâtres du volume d'un grain de millet; examinés au microscope, ils représentent les figures caractéristiques de l'actinomycose. Les cultures confirmèrent la nature du parasite. La malade fut soumise au traitement ioduré : 3 gr. d'iodure de potassium par jour; vingt jours après le début de ce traitement, la tumeur était affaissée et ne présentait plus à sa périphérie la même dureté ligneuse; trois semaines plus tard, il n'y avait plus trace de tuméfaction. L. Perrin.

Absorption cutanée. — Sokoloff. Absorption des pommades par la peau. (*Wratsch*, 1894, 6, p. 169; note préliminaire.)

M. Sokoloff a fait dans le laboratoire du professeur Tschoudnowski des recherches sur l'absorption des pommades médicamenteuses par la peau saine, en se basant sur l'élimination de ces substances par les urines. Par des expériences antérieures, l'auteur a démontré que même 1 milligramme des substances expérimentées, introduites par voie stomacale, peut être retrouvé toujours dans les urines. Les frictions duraient un quart d'heure au minimum. Les résultats de ses recherches sont les suivants :

1) La peau intacte et non irritée n'absorbe pas les pommades, quelle que soit la durée de l'expérience, l'endroit choisi, et le pourcentage dans la pommade de la substance active ;

2) La peau légèrement lésée (par les acnés suppurées, le grattage) absorbe toujours ;

3) L'acide salicylique, ajouté à la pommade en quantité de 5 à 10 p. 100, irrite la peau, qui absorbe alors l'acide ainsi que le principe actif de la pommade. L'irritation de la peau par le chloroforme, l'essence de térébenthine à 1/5, la vératrine à 1/100, teinture d'iode à 1/10, qu'on incorpore à la pommade, produisent le même effet que l'acide salicylique ; il en est encore de même si la peau de la région choisie pour les frictions est d'abord irritée par un sinapisme ;

4) La peau, frictionnée d'abord à sec, avec de la flanelle, pendant trente ou quatre-vingts minutes, absorbe toujours la substance expérimentée ;

5) La peau soumise à l'action d'un bain russe et d'une friction modérée n'absorbe pas de médicaments ; frictionnée énergiquement elle les absorbe toujours. — En somme, l'absorption est favorisée par l'irritation mécanique aussi bien que chimique ; on reconnaît qu'il y eut absorption si le lendemain la peau est sensible et les glandes sébacées un peu saillantes.

S. Broïdo.

Cosmétiques. — Robert B. Morison. Cosmetics. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, novembre 1893, p. 425.)

L'auteur ne fait pas une étude d'ensemble des cosmétiques ; il se contente d'indiquer quelques recettes qui lui sont personnelles. Pour faire disparaître les éphélides, il emploie une solution de sublimé et d'alcool camphré dans de l'eau de roses : il en imbibe du linge plié en trois ou quatre épaisseurs, que l'on place sur les parties malades, le soir, jusqu'à ce qu'il soit sec ; puis on l'enlève, mais on ne lave que le lendemain matin. Après quelques applications la face rougit et l'épiderme commence à desquamer ; on applique alors une pommade renfermant de l'acide salicylique et du précipité blanc, avec laquelle on frotte matin et soir la figure pendant cinq minutes environ.

Chez les gens peu fortunés, qui ont la peau rude et pigmentée, l'auteur se contente souvent de prescrire l'esprit de savon de Hebra. On prend un tampon d'ouate hydrophile, on le trempe dans de l'eau chaude, on l'imprègne de savon mou et on en frictionne doucement la figure pendant cinq

minutes. On rince ensuite à l'eau chaude, et l'on se contente de poudrer avec un mélange à parties égales de talc et de carbonate de magnésie.

Les gens qui ont la figure rouge et couverte de pustules se trouvent fort bien d'applications de compresses imbibées d'acide salicylique et de borate de soude; on les laisse sécher sur les points malades. Cette même solution est bonne pendant l'été pour les figures graisseuses, parce qu'elle ne provoque jamais l'apparition de comédons : or lorsqu'on donne pour l'acné des préparations soufrées aux personnes qui vivent dans des maisons chauffées par des fourneaux à charbon ordinaire, on développe chez elles des quantités de comédons, qui ne disparaissent que lorsqu'on cesse le soufre.

L'auteur n'est pas partisan de l'électrolyse pour la destruction des poils : il préfère les épilatoires, et croit que parfois avec eux on arrive à se débarrasser complètement des poils gênants. Par contre, rien ne vaut l'électrolyse pour le nævus pilosus, les angiomes, les points rouges permanents du nez.

Contre les verrues qu'il croit être contagieuses il emploie un collodion à l'acide salicylique et au bichlorure d'hydrargyre, qu'il applique une fois par jour en ayant soin d'enlever la couche ancienne avant de faire le badigeonnage ; au bout de quatre applications successives, la verrue est tellement ramollie que le moindre frottement la fait disparaître sans douleur; on panse ensuite avec de la lanoline salicylée à 1/20.

Pendant l'été, les personnes grasses sont parfois tourmentées par l'apparition d'une grande quantité de petites verrues rondes et aplaties sur la face dorsale des mains : il a obtenu dans ces cas d'excellents résultats avec des applications répétées d'alcool absolu et avec une poudre composée de parties égales de talc et de magnésie mélangée à de petites quantités d'acide salicylique.

Le courant galvanique a donné parfois à l'auteur des résultats étonnants. Dans un cas d'acné rebelle indurée de la face chez une jeune fille, il est arrivé à la guérison en faisant pendant six semaines, trois fois par semaine, des applications de courant galvanique d'intensité modérée sur les points malades : il mettait les deux pôles sur la figure et se bornait à changer de temps en temps de place les électrodes, lorsque la peau devenait trop sensible. D'autres cas qu'il a ainsi traités lui ont prouvé que c'était de beaucoup le meilleur procédé à employer dans les formes indolentes d'acné ponctuée qui se développent chez les jeunes filles pâles, délicates.

Il préconise aussi les applications de courants galvaniques sur les pommettes pour remplacer le rouge dont font usage les femmes pâles. La rougeur que laisse après elle l'électrode persiste pendant plusieurs heures, et il y a déjà des Américaines qui se servent couramment de ce procédé.

(Comme on le voit, il n'est nullement question des vrais cosmétiques dans l'article du Dr Morison.) L. B.

Dermographisme. — Schwab. Un cas de dermographisme d'origine hépatique. (*Médecine moderne*, 6 décembre 1893, p. 1166.)

Femme de 59 ans, obèse, arthritique à hérédité goutteuse, atteinte de cancer du sein avec cancer secondaire du foie ; ictère après l'apparition

duquel on constate fortuitement l'existence du « dermographisme », que l'on reproduit facilement. La malade n'a jamais eu d'urticaire, elle a eu la chéloïde acnéique avec le granulome trichophytique de Maiocchi.

Comme l'acné qui donne lieu à la formalion de la chéloïde n'est pas une forme spéciale d'acné, on ne peut trouver dans ses caractères la raison d'être du processus néoplasique qui en dépend occasionnellement ; aussi n'est-il pas exact de considérer la maladie comme une variété *sui generis* d'acné et de la dénommer acné chéloïdienne. Au contraire, puisque le fait essentiel est la formation d'une chéloïde secondaire aux efflorescences acnéiques, le nom qui lui convient est celui de chéloïde acnéique.

GEORGES THIBIERGE.

Filaire. — FORBES. Notes on the Guinea worm, Filaria medinensis, or Dracunculus; with a new method of radical cure. (*The Lancet*, 24 février 1894, p. 471.)

La filaire est endémique en certaines régions du nord de la zone tropicale de l'Afrique et de l'Asie, on la rencontre aussi chez les personnes qui ont beaucoup voyagé dans ces parages et chez les individus qui ont été en relations fréquentes avec les races noires. Voici les principales observations que l'auteur a pu faire au cours de ses nombreux voyages.

Description du ver. — La femelle adulte (seule rencontrée sur l'homme) ressemble à une corde élastique blanchâtre d'un huitième de pouce de diamètre et de 6 pouces à 6 pieds de long. En général, on rencontre chez un même individu, un à deux vers, mais il peut y en avoir jusqu'à cinquante ; ceux-ci, quatre-vingts fois sur cent, ont pour siège les membres inférieurs.

Période de développement. — 1° En quittant l'élément adulte, l'œuf, entraîné dans l'eau ou dans un sol humide, devient l'hôte de petits crustacés particulièrement de l'ordre des cyclopes. 2° De cet organisme intermédiaire, l'œuf sort en forme de filaire ténue et passe sa nouvelle existence dans l'une quelconque des dix-huit variétés de vers, que j'ai vus dans les marais de l'Inde et de l'Afrique. 3° Arrivé à l'état de larve, il s'enfonce dans la boue des marais stagnants, d'où il pénètre dans les intestins de l'homme par la voie de l'eau de boisson. 4° Dès lors, le parasite a atteint une période au sujet de laquelle nous savons peu de chose, si ce n'est qu'il arrive en définitive à sa maturité,donnant naissance à des œufs, atteignant et détruisant les tissus cutanés.

Étiologie. — L'auteur est d'avis que l'infection du corps humain se fait par l'ingestion de l'eau de marais ; cette opinion diffère de celle de Busk et de Carter, dont l'autorité est bien connue; elle est basée sur les considérations suivantes : 1° les indigènes des zones endémiques, qui sont le plus souvent atteints par le parasite, boivent beaucoup plus fréquemment que les Européens l'eau des marais; 2° dans les Indes, au bord des réservoirs d'eau, l'auteur a vu des œufs de vers ; or, les habitants boivent cette eau et s'y baignent et ce sont ceux-là qui sont le plus sujets à avoir la maladie ; 3° sur la côte ouest de l'Afrique, Forbes a vu ses serviteurs nègres boire de l'eau sale après un travail assez fatigant et quelque temps après, un grand nombre d'entre eux étaient atteints du ver de Guinée.

Symptômes et diagnostic. — Le parasite ne dénonce sa présence par aucun signe jusqu'à ce que, ayant atteint la période de maturité, il cherche à se créer une issue : il détermine alors du prurit, des douleurs lancinantes et bientôt après une vésicule, au point même où la filaire sortira. A cette période, on peut faire le diagnostic par la constatation d'une ligne dure sous-cutanée, que l'on découvre par la palpation et qui n'est autre que la filaire. Au troisième ou quatrième jour, la vésicule se trouble, devient purulente et s'ouvre, laissant à découvert une ulcération de mauvaise apparence, au centre de laquelle on peut découvrir la tête blanchâtre du ver, entourée d'œufs et de débris. Le pronostic est souvent mauvais lorsque le ver se casse pendant son extraction, car la queue, siégeant dans les tissus plus profonds, détermine une inflammation destructive et amène souvent de la nécrose osseuse.

Les lésions produites varient selon les régions où le ver a séjourné : on peut rencontrer des gangrènes, de l'hydrocèle, de l'éléphantiasis du scrotum, de la pyémie, de la fièvre hectique et de la péritonite.

Traitement. Prophylaxie. 1° L'eau de boisson et de cuisine doit être filtrée, bouillie pendant quinze minutes au moins, et additionnée d'une petite quantité d'acide citrique. Par mesure de précaution on doit aussi, tous les trois jours, prendre le matin un peu de soufre, substance qui arrête immédiatement le développement du parasite.

La méthode thérapeutique de l'auteur consiste à imprégner l'organisme de faibles doses de soufre précipité. Au point de vue chirurgical, il faut agir rapidement, car on risquerait de voir le ver s'échapper par migration ; après chloroformisation la pointe du bistouri est enfoncée sous la peau, au niveau de la vésicule, le tranchant tourné du côté de la peau ; on lui fait contourner la saillie formée par le ver, puis on procède à l'extirpation ; la guérison s'obtient rapidement par pansement au dermatol.

LOUIS WICKHAM.

Lupus traité par les injections de suc thyroïdien. — BYROM BRAMWELL. On two cases of lupus treated by thyroid extract. (*The British med. Journ.*, 14 avril 1894, p. 786.)

L'auteur continue la série de ses recherches sur l'action du liquide thyroïdien. On sait qu'il a obtenu de bons résultats dans plusieurs cas de myxœdème et ces succès inattendus l'ont engagé à essayer de la méthode dans d'autres dermatoses. Lors de son traitement du premier cas de myxœdème, il s'était produit une desquamation, puis une amélioration très remarquable dans la nutrition de la peau : aussi eut-il l'idée de porter ses recherches sur le psoriasis ; l'amélioration notable qu'il obtint encore et assez rapidement le confirmèrent dans son opinion et le conduisirent à l'idée que le traitement pourrait être utile dans l'ichtyose, dans la dermatite exfoliatrice, et peut-être dans d'autres maladies de la peau, et entre autres dans le lupus. Ce choix du lupus paraît tout d'abord assez surprenant, car il n'y a pas l'ombre de rapport entre l'état de la peau dans le lupus et dans le psoriasis ou le myxœdème ; mais on sait que les myxœdémateux sont fréquemment atteints de tuberculose, que le

myxœdème est, en quelque sorte, un terrain favorable pour le développement du bacille de Koch; l'auteur en a conclu que l'absence de sécrétion thyroïdienne dans l'organisme des myxœdémateux prédisposait au développement de la tuberculose. D'après ce raisonnement, la proposition inverse pouvait être prise en considération, à savoir que le liquide thyroïdien peut empêcher peut-être le développement de la tuberculose, ou avoir tout au moins une influence sur les lésions tuberculeuses déjà existantes et particulièrement sur celles de la peau.

Telles sont les considérations qui l'ont conduit à expérimenter le liquide thyroïdien dans le lupus.

Voici le résumé de ses deux observations :

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui a commencé à souffrir de son lupus en 1884, alors âgée de 7 ans; son affection, constamment extensive, recouvrait, au 25 janvier 1893, le nez, les joues, la lèvre supérieure et descendait au-dessous du menton. La peau, en ces régions, présentait des croûtes épaisses. Le centre de l'affection aux joues était cicatrisé; dans les cicatrices, à leur périphérie, on constatait un grand nombre de nodules lupiques. Le traitement fut fait sans interruption pendant trois mois, du 15 février au 15 mai; pendant tout ce temps, il n'y eut aucun pansement local, jusqu'au 15 avril il fut administré alternativement : le premier jour, la moitié d'un lobe de glande thyroïde fraîche, et le lendemain, de 15 à 20 gouttes d'extrait de Brady et Martin; du 15 avril au 15 mai, suppression de glande thyroïde fraîche et continuation de l'extrait.

État des lésions. — 18 février. La sensation de tension perçue par la malade est très diminuée; au 1er mars, quelques croûtes sont tombées, l'inflammation a diminué; le 17 mars, disparition de la sensation de chaleur et de resserrement; presque toutes les croûtes ont disparu au côté droit. Le 15 mai, il y a une amélioration très considérable de l'affection générale.

Dans le cours de ces trois mois, à plusieurs reprises, le traitement fut arrêté, et l'on vit aussitôt réapparaître les signes d'inflammation et de tension.

Le 29 mai, survint un érysipèle grave qui guérit au bout d'un mois. Le 20 juin, le lupus était redevenu rouge et injecté, et le traitement fut aussitôt repris à la dose de 5 gouttes; le 28 juin, la rougeur a bien diminué, mais on dut suspendre le traitement par suite d'un embarras gastrique. Bramwell ne revit sa malade que le 2 septembre : les lésions de la face ont un peu augmenté, sans avoir repris leur intensité première; on reprend alors le traitement et, le 18 février, bien que pendant tout ce temps on n'ait pu faire qu'un traitement irrégulier, à cause de malaises fréquents, l'amélioration est très grande; le mal n'est pas complètement guéri, mais on peut espérer que le traitement prolongé amènera un état bien voisin de la guérison.

La seconde observation concerne une jeune fille, âgée de 18 ans, atteinte de lupus depuis huit ans. Le traitement par la glande thyroïde commença le 13 décembre 1893. A cette époque, les lésions s'étendaient à toute la face, le lupus était ulcéré à la paupière inférieure droite, au nez et aux lèvres. Le

31 mars 1894, c'est-à-dire après trois mois et demi de traitement, les lésions se sont modifiées à tel point que, bien que non encore guérie, la figure n'est pas reconnaissable, et, dans ce cas, l'amélioration a peut-être été plus rapide et plus évidente que dans le précédent. Ajoutons que, ici encore et avec intention, il n'a pas été fait le moindre traitement local. La dose administrée d'extrait de thyroïde a varié entre 20 et 30 gouttes par jour (extrait de Brady et Martin).

L'auteur, comme conclusion de ses observations, se garde bien de considérer l'extrait de thyroïde comme un médicament spécifique du lupus: l'expérimentation n'a été faite encore que sur un trop petit nombre de cas. En attendant, il lui semble tout au moins que ces faits indiquent l'utilité de l'extrait de glande thyroïde comme traitement à combiner aux méthodes ordinaires locales dans les cas où le lupus est très étendu, rebelle, et réclame une intervention chirurgicale difficile à appliquer en raison de l'étendue des lésions. Il montre d'ailleurs qu'on peut, à bon droit, rapprocher l'utilité de l'extrait de glande thyroïde de celle de la tuberculine de Koch. Cette méthode, actuellement récusée par la majorité des dermatologistes en tant que médication exclusive, est encore conservée par quelques-uns comme médication auxiliaire; mais la méthode de Koch ayant déterminé, dans quelques cas, des accidents d'une certaine gravité, il vaudrait mieux, si l'action réelle d'extrait de glande thyroïde se trouvait confirmée, avoir recours à cette dernière méthode.

L'auteur termine son travail en passant en revue différentes affections qui, d'après son expérience des médicaments, pourraient bénéficier du traitement par la substance thyroïdienne. Ces affections sont : la tuberculose viscérale, la lèpre, le cancer, l'ichtyose, la sclérodermie pigmentaire. Il engage les médecins à faire des recherches dans ce sens.

L. Wickham.

Galeux. — G. Thibierge. Les acarophobes. (*Revue gén. de cliniq. et de thérapeut.*, n° 32, p. 373, 1894.)

On peut rencontrer plusieurs types d'acarophobes : les uns ont été atteints antérieurement de la gale et croient que cette affection persiste toujours chez eux ou a récidivé ; les autres n'ont jamais eu la gale, mais redoutent d'en être atteints.

La crainte de la gale chez les malades de la première catégorie se produit soit dans les semaines qui suivent le traitement de la maladie, soit à des époques plus éloignées, à l'occasion d'une affection cutanée quelconque. Dans le premier cas, le malade présentant des lésions consécutives à la frotte, croit qu'il n'est pas guéri. Cela peut être, car le traitement est quelquefois imparfait, ou la désinfection des vêtements n'a pas été complète, aussi le médecin doit-il chercher les sillons, s'enquérir des caractères du prurit, avant de décider si le malade est acarophore ou acaraphobe. En règle générale, lorsque les sillons font défaut, lorsque le prurit n'est pas exclusivement ou principalement nocturne, si la frotte ne remonte pas à plus de trois semaines, on ne doit pas la renouveler ; mais si le traitement antérieur a été fait depuis plus de trois semaines, s'il a été suivi d'une guérison nette pendant quelques jours, puis d'une reprise ultérieure

du prurit nocturne avec localisations aux sièges de prédilection de la gale, il y a lieu de soumettre le malade à un nouveau traitement alors même que l'on conserve quelque doute sur l'existence de la gale.

L'acarophobie peut se montrer à des époques plus ou moins éloignées ; l'ancien galeux, à l'occasion d'une affection cutanée quelconque, mais surtout s'il est atteint d'une affection prurigineuse généralisée, croit encore avoir la gale et réclame le traitement qu'il a subi autrefois. Le malade devra être examiné avec le plus grand soin; une fois sûr de son diagnostic si on ne peut pourtant convaincre le sujet, on peut à titre expérimental faire un nouveau traitement de la gale, quand les lésions cutanées permettent de l'appliquer. D'ailleurs, il sera mitigé, mais pas assez dérisoire, pour qu'il perde aux yeux du malade toute valeur démonstrative. Devant l'insuccès de cette thérapeutique, le malade se laissera généralement convaincre et consentira à se soumettre au traitement normal de la dermatose dont il est atteint.

Les acarophobes qui n'ont jamais eu la gale, mais redoutent d'en être atteints, ressemblent beaucoup aux précédents. Eux aussi sont atteints d'affections cutanées plus ou moins prurigineuses, qui offrent avec la gale des analogies plus ou moins éloignées; ne la connaissant le plus souvent que de réputation, ou la craignant parce que, dans leur entourage, quelque personne en a été atteinte, ils sont plus aisés à convaincre.

Parmi les causes d'acarophobie, une encore peu connue et sur laquelle insiste M. Thibierge, est la cocaïnomanie. Dans cette intoxication, on observe une forme très parteulière de délire, bien connue des aliénistes, délire hallucinatoire, pouvant porter sur tous les sens, mais avec prédominance des troubles de la sensibilité cutanée. Les malades éprouvent des sensations bizarres, qui les portent à fouiller leur peau avec des aiguilles ou avec la pointe d'un canif pour en extraire un corps étranger, s'imaginant qu'il en sort un animalcule, animé de mouvements plus ou moins rapides. Dans ces cas, les caractères mêmes des hallucinations sont bien faits pour mettre le médecin en garde contre une erreur de diagnostic, et pour faire éliminer l'existence de la gale. L. Perrin.

Varicelle. — Œttinger. De la spécificité de la varicelle. (*Semaine médicale*, n° 7, 1894, p. 50.)

Depuis Trousseau, il est de notion courante, en France du moins, que la varicelle est une maladie distincte de la variole et de sa forme abortive, la varioloïde, et qu'elle possède une autonomie, une spécificité qui lui appartient en propre ; en d'autres termes, la varicelle naîtrait toujours de la varicelle, et seule, à son tour, elle pourrait engendrer cette même affection.

C'est surtout en Allemagne que la théorie de l'unicité de la varicelle, de la varioloïde et de la variole a trouvé des partisans déclarés : suivant le degré d'immunité du sujet atteint, soit par le fait de la vaccination, soit par le fait d'une atteinte antérieure de la variole, celle-ci deviendrait alors varioloïde ou, à un degré plus atténué encore, varicelle.

Malgré les arguments assez probants, au premier abord, de ceux qui veulent identifier le virus varicelleux avec le virus variolique en consi-

dérant le premier comme une atténuation à un haut degré du second, il ne semble pas que ces arguments puissent être mis en parallèle avec les preuves si convaincantes invoquées par les partisans de la théorie dualiste. Cependant, dans un travail récent, M. Talamon a observé des faits de varicelle coïncidant avec la revaccination qui demandent à être examinés de près et discutés. Dans un premier fait, chez un enfant de 6 ans, il pratique la revaccination qui reste sans résultat, mais huit jours après survint une varicelle, sans qu'on puisse incriminer une contagion quelconque. Dans un second cas, il s'agit d'une fillette de 2 ans, vaccinée avec succès dix-huit mois auparavant, ses parents et l'entourage se font revacciner ; quinze jours après, l'enfant est atteinte de varicelle. Le troisième fait est analogue et concerne deux enfants en bas âge, présentaut tous deux simultanément une éruption varicellique douze à quinze jours après la revaccination générale de leur entourage. Enfin, dans une quatrième observation, il s'agit d'une dame qui, revaccinée avec succès, présente, en même temps que l'éruption vaccinale, une éruption de varicelle.

L'analyse de ces quatre observations porte M. Talamon à voir dans ces divers faits plus et autre chose qu'une simple coïncidence : varicelle, vaccine, varioloïde, variole seraient, pour lui, les formes différentes d'une même maladie. Au contact d'un varioleux, un sujet incomplètement immunisé prend la varioloïde ; au contact d'un vacciné, un sujet dont l'immunité vaccinale est en partie perdue prend la varicelle. En un mot, la varicelle serait à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole. En d'autres termes, soit directement par inoculation de lymphe vaccinale, soit indirectement par contact avec un vacciné, un sujet qui n'est pas entièrement immunisé contre la vaccine prend la varicelle. Si l'inoculation a été directe, l'éruption apparaît après quatre ou cinq jours ; s'il y a eu seulement contact avec un vacciné, l'éruption alors n'apparaît qu'au bout de quatorze jours, durée de la période d'incubation attribuée par la plupart les auteurs à la varicelle.

A cette hypothèse, M. Œttinger oppose le fait suivant qu'il a observé dans le service des varioleux : un enfant *non vacciné* atteint de *varicelle* présente douze jours après être entré dans un milieu varioleux (où l'isolement des douteux ne peut être qu'imparfaitement institué), les premiers symptômes de la *variole. Vacciné* pendant la période d'incubation de cette maladie, le *vaccin* a évolué normalement et n'a pas semblé modifier en quoi que ce soit l'*évolution de la variole.*

Que prouve ce fait ? Rien au point de vue de l'influence de la vaccine sur la variole lorsque celle-là est pratiquée durant l'incubation de cette maladie : l'on sait, en effet, d'après Layet, que l'immunité n'est, en général, bien acquise qu'à partir du huitième jour plein après l'inoculation, c'est-à-dire au neuvième jour. En ce qui concerne les rapports réciproques de la vaccine, de la variole et de la varicelle, le fait relaté par M. Œttinger vient plaider en faveur de la spécificité absolue de la varicelle. Celle-ci, en effet, précédant dans un très court espace de temps, chez un non vacciné, la vaccine et la variole, il est impossible de pouvoir la considérer comme représentant une forme atténuée du virus variolique et surtout de la regarder comme ayant, avec la vaccine, une analogie quelconque d'identité

ainsi que le voudrait M. Talamon. Si la varicelle n'était que la vaccine évoluant sur un terrain réfractaire, sur un organisme partiellement immunisé, comment expliquerait-on la réussite complète de la vaccination au cours d'une varicelle et, dans ces mêmes circonstantes, l'évolution d'une variole. L. PERRIN.

Mycosis fongoïde. — R. A. MAC DONNELL. A case of mycosis fungoïdes. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1894, p. 12.)

Le malade était un homme de 62 ans, qui vint le 20 mai 1893 consulter l'auteur pour une tumeur circulaire située sur le côté gauche du visage, près de l'angle de la mâchoire : sa base avait environ la grandeur d'un quart de dollar; son sommet, semblable à celui d'un chou-fleur, était aussi large qu'une pièce de cinq francs; la tumeur faisait une saillie de deux tiers de pouce au-dessus du niveau des téguments; elle était tout à fait molle et sans adhérences profondes apparentes. Son sommet était irrégulier, inégal, présentait l'aspect de granulations exubérantes, et était en partie recouvert d'une couche mince et brillante d'épithélium. Dans le voisinage immédiat de cette tumeur étaient disséminées des plaques de forme irrégulière, de petites dimensions, couvertes de croûtes jaunâtres. Sur la joue droite, se voyait une petite lésion de la grandeur de l'ongle du petit doigt, exactement semblable, au dire du malade, à la plaque de début de la tumeur; elle consistait en plusieurs petites perles d'un blanc jaunâtre, recouvertes d'une mince couche épidermique ; la plaque était un peu surélevée ; il n'y avait d'adénopathie nulle part.

L'auteur discute le diagnostic de syphilides, d'actinomycose, de sarcome de la peau : il admet celui de mycosis.

Le traitement consista en lotions à la résorcine, puis en applications de pommades résorcinées d'abord, ensuite pyrogallées, qui agirent avec énergie, mais ne purent empêcher la tumeur de s'élargir.

(Le diagnostic me paraît être ici fort discutable, et l'on ne peut admettre sans quelques réserves l'hypothèse de mycosis fongoïde.) L. B.

Myômes de la peau. — WOLTERS. Ueber multiple Myome der Haut. (Ergängunshefte zum *Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 413.)

L'auteur décrit deux cas de dermatomyômes multiples purs, qu'il a observés à la clinique du professeur Doutrelepont, à Bonn.

Le premier concerne un homme de 40 ans. Sa maladie existe depuis quinze ans ; elle s'est d'abord manifestée aux plis des coudes, sous forme de petites nodosités jaune rougeâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces nodosités se développèrent lentement et atteignirent les dimensions d'une lentille et, en quelques points, principalement aux coudes, formèrent par leur réunion de grands plateaux. Plus tard, survinrent aussi des tumeurs analogues sur les genoux et tout récemment sur la face postérieure des cuisses.

Aux coudes et aux genoux il existe de petites élevures aplaties, jaune rougeâtre et de consistance dure, disparaissant sans transition marquée

dans la peau normale environnante. Ces élevures sont particulièrement confluentes sur le bord inférieur de la rotule et sur l'olécrâne, où elles forment de grandes plaques et traînées saillantes.

En outre, de plus petites nodosités et tumeurs ayant le même aspect sont disséminées sans ordre dans les espaces intermédiaires de la peau des coudes et des genoux. On trouve aussi sur la face postérieure de la cuisse gauche les mêmes saillies aplaties, jaune rougeâtre, sur une peau d'ailleurs normale. On ne constate aucun rapport de localisation avec les vaisseaux et les nerfs. Pas de malaises subjectifs ; les petites tumeurs ne sont pas douloureuses à la pression.

L'examen microscopique donna les résultats suivants : l'épiderme, au-dessus des tumeurs, est partout conservé ; toutefois ses couches sont notablement plus minces, les prolongements interpapillaires sont presque entièrement effacés. La masse de la tumeur consiste en petits faisceaux de fibres musculaires lisses, irrégulièrement contournés, s'entre-croisant à plusieurs reprises et entrelacés, qui çà et là renferment entre eux le calibre d'un vaisseau.

La tunique musculaire de ces vaisseaux est, comme celle des vaisseaux voisins de la tumeur, très hypertrophiée et très riche en noyaux. Partout on constate nettement les noyaux des fibres musculaires ; ils sont très riches en chromatine. Il n'y a pas de divisions de noyau.

Un examen plus attentif montre facilement que les éléments de nouvelle formation sont en rapport direct avec les formations musculaires de la peau existant à l'état normal, surtout avec les follicules pileux, les glandes et les vaisseaux, et procèdent d'eux. Entre les éléments spécifiques de la tumeur il y avait, principalement sur les glandes, les follicules pileux et les papilles, de légers amas de cellules rondes.

Le second cas concerne un ouvrier de 20 ans, qui était tombé sous une voiture et eut à la suite une contusion de la main gauche et de la cuisse droite. Trois semaines plus tard, après la guérison complète de ses blessures, le malade se plaignit d'une très grande sensation de faiblesse et d'une soif ardente. L'examen de l'urine révéla la présence du sucre ; pas d'albumine. Un régime approprié et un traitement médicamenteux diminuèrent la proportion du sucre et relevèrent sensiblement l'état général.

Environ neuf mois après, il survint subitement, d'abord aux coudes, quelques semaines plus tard également aux genoux, des nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, leur siège est dans le derme. Leur forme est tantôt circulaire, tantôt ovale allongée. A la pression, les petites tumeurs pâlissent et prennent une teinte gris jaune. Elles sont très dures ; on les trouve principalement sur les faces d'extension des membres supérieurs et inférieurs. Les plus grosses tumeurs, souvent très rapprochées les unes des autres, forment par leur réunion des plateaux légèrement saillants, surtout dans les régions de l'olécrâne et de la rotule.

Pas de malaises subjectifs, spécialement de douleurs. La sensibilité est normale. Ni maladies héréditaires, ni syphilis.

L'examen microscopique d'un fragment de peau excisé sur le coude du bras gauche montra, comme dans le premier cas, qu'il s'agissait d'un dermatomyôme de la peau. A. Doyon.

Pemphigus. — Kromayer. Zur Pathogenese der Pemphigusblasen. (*Dermatologische Zeitschrift*, 1894, p. 11.)

Dans des recherches antérieures sur la digestion, l'auteur a trouvé que les épithéliums immédiatement au-dessus du stratum granuleux sont les moins capables de résistance contre le suc gastrique et que c'est précisément en ce point où, comme on le sait, débutent d'ordinaire les bulles de la peau, que le protoplasma est le plus vite annihilé par la pepsine acide. Il avait rapporté ces faits à la nature anatomique de cette couche épithéliale. Il espérait, en changeant la pepsine acide contre le contenu des bulles de pemphigus, pouvoir peut-être démontrer l'influence digestive de celui-ci sur les épithéliums, d'abord sur ceux situés immédiatement sous le stratum granuleux, et expliquer par là la naissance rapide des bulles de pemphigus.

I. — Il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte depuis six mois d'éruptions bulleuses.

Sur le menton, les lèvres, l'épaule droite et le dos, bulles isolées et en groupes, en partie claires, du volume d'une lentille à celui d'un pois. La peau du triangle crural a un aspect verruquo-papillomateux caractéristique, semblable à une ichtyose hystrix; le bord du triangle est formé par une couronne de bulles, en partie confluentes, analogue à un cordon de perles. (Le fond des bulles de pemphigus après leur guérison est devenu papillomateux.) Pemphigus ichtyodes verruqueux.

L'auteur recueillit dans un verre de montre environ 1 gr. 50 du contenu encore clair des bulles. Réaction neutre. Un petit fragment de peau excisé sur l'avant-bras fut découpé avec le microtome à glace en couches aussi minces que possible ; il mit ensuite huit de ces coupes dans chacun des liquides suivants :

1° Dans un verre de montre avec le contenu des bulles ;

2° Dans un verre de montre avec de la pepsine acide ;

3° Dans un verre de montre avec une solution à 6/10 p. 100 de chlorure de sodium ;

4° Dans un verre de montre avec de l'eau distillée.

Il plaça ces quatre verres de montre dans une étuve à 37°, en employant toutes les précautions nécessaires pour empêcher l'évaporation du liquide et par suite l'épaississement de la sérosité du pemphigus. De quart d'heure en quart d'heure on examina au microscope une des coupes de chaque verre.

Tandis que les coupes dans la pepsine acide présentaient au bout d'une demi-heure le commencement de la destruction des épithéliums subkératohyalins sous forme d'une cavité, il constata l'absence de toute modification sur les coupes contenues dans les verres de montre 1, 3 et 4. Au bout d'une heure et demie, il ne laissa sur le porte-objet, avec une coupe provenant du n° 1, que peu de liquide, de sorte que la lamelle de verre pressât directement sur la coupe. Alors l'épiderme se souleva in toto du derme dans le milieu de la coupe, de telle sorte qu'entre le derme et l'épiderme il se produisait vers les deux côtés une cavité qui augmenta graduellement. Il était donc évidemment survenu un relâchement entre

l'épiderme et le derme, car habituellement la pression d'une lamelle de verre ne suffit pas pour les séparer. Les coupes dans les petites cupules 3 et 4 ne présentaient pas au même moment ce phénomène, même si on exerçait une pression modérée sur la lamelle. Dans les deux derniers fragments de la petite cupule nº 1, l'auteur pouvait, après une heure et demie à deux heures, constater le même relâchement de l'épiderme, mais pas à un degré beaucoup plus prononcé. En même temps, l'épithélium lui-même ne paraissait que peu modifié. A un faible grossissement, on pouvait peut-être remarquer une plus légère transparence de toute la couche épithéliale ; le stratum corné n'était nullement altéré ; mais le tissu du derme était évidemment modifié ; le tissu collagène était légèrement gonflé, de telle sorte qu'une comparaison des fragments des coupes 3 et 4 montrait une augmentation très nette de la transparence. Cette tuméfaction n'était pas assez accentuée pour que les fibres élastiques apparaissent d'une manière caractéristique. L'action du contenu des bulles de pemphigus consistait donc essentiellement en une tuméfaction légère du tissu collagène du derme et en un relâchement de ce dernier d'avec l'épiderme et non, comme il l'avait supposé, en une digestion des cellules de l'épithélium.

II. — Ce cas concerne une fille de 11 ans, atteinte depuis quatre ans d'une éruption bulleuse. La face est couverte de croûtes épaisses. Sur les deux bras, moins sur le tronc et la jambe gauche, assez nombreuses bulles isolées et en groupes ; le membre inférieur droit, particulièrement la jambe, est recouvert de bulles, de croûtes et de plaques humides, à ce point qu'il reste peu de peau normale. Sous l'influence de pommades et de compresses humides, guérison des anciennes bulles ; il survint différentes poussées de nouvelles bulles.

L'auteur fit des expériences, comme il les a décrites, avec le contenu de bulles récentes survenues dans une forte poussée pendant une nuit. Les résultats furent cette fois plus typiques encore. Après une demi-heure, tuméfaction évidente du tissu collagène ; une pression douce sur la lamelle de verre fit détacher l'épiderme du derme. Au bout de deux heures, l'application de la petite coupe de tissu sur le porte-objet suffit à déterminer la séparation partielle de l'épiderme et du derme. On ne pouvait cependant pas non plus cette fois constater une action de dissolution ou de digestion sur les épithéliums.

Le liquide du pemphigus agit donc non dans le sens d'une digestion, mais d'une macération, comme on le sait d'après les travaux de Philippson, Blaschko, James Lœwy sur les effets produits par la putréfaction, la décoction, l'acide acétique étendu et le vinaigre de bois à la surface.

L'auteur n'a pu décider par ses recherches histologiques si cette propriété de macération du liquide est en connexion avec la naissance rapide des bulles de pemphigus, si la bulle de pemphigus procède du soulèvement de l'épiderme du derme, parce qu'il ne put obtenir de ses malades les éléments nécessaires à son travail.

A. Doyon.

Psorospermose. — PAWLOFF. Zur Frage der sogenannten Psorospermosis follicularis vegetans. (*Ergänzungshefte zum Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1893, p. 195.)

L'auteur publie les deux cas suivants qu'il a observés à l'hôpital Kalinkin de Saint-Pétersbourg.

1° Ce cas concerne une paysanne de 16 ans, depuis longtemps atteinte d'un exanthème ayant envahi une partie considérable du corps. La maladie de la peau pour laquelle elle entre à l'hôpital a commencé vers l'âge de 4 ans. L'éruption survint d'abord à la face, puis elle se serait, dans l'espace d'une semaine, étendue à toutes les régions où on l'observe actuellement. Depuis cette époque, la forme et l'aspect de l'éruption sont restés les mêmes, sauf des périodes passagères d'amélioration ou d'aggravation, ces dernières coexistant avec les époques menstruelles. L'éruption est absolument symétrique sur les deux moitiés du corps. Le cuir chevelu est inégal, recouvert de croûtes isolées, nombreuses, jaune clair, de la grosseur d'une tête d'épingle et plus, principalement sur les régions pariétales et frontale. Ces croûtes sont très adhérentes au tissu sous-jacent ; le grattage détermine une surface inégale à peine rougeâtre ou jaune gris.

Sur le front, les joues, au voisinage du nez, près des oreilles, le menton, la peau est légèrement rouge ; à un examen attentif, on découvre une grande quantité de petites papules rouges, très confluentes; à leur sommet elles ont une croûte jaune grisâtre. Si l'on enlève ces croûtes par le grattage, il se produit très souvent une hémorrhagie capillaire. Sur le nez, dans les plis entre les joues et le nez, au menton, nombreux comédons. Sur le cou, dans les fossettes sus et sous-claviculaires, on voit un grand nombre de papules semblables à celles décrites ci-dessus, très confluentes, et qui donnent à la peau un aspect chagriné. Sur le dos, le long de la colonne vertébrale, dans la région sacrée et les parties supérieures des fesses, il y a des papules présentant exactement le même caractère, seulement elles sont un peu plus grosses et un peu plus saillantes. Dans le creux des aisselles les papules ont une teinte plus jaunâtre ; dans la région sternale, elles sont moins nombreuses ; dans la région lombaire, elles sont rougeâtres et plus compactes que partout ailleurs. Sur l'abdomen il existe, au centre de certaines papules, de petits points foncés. La face externe des avant-bras, du dos des mains et des doigts, à l'exception de la dernière phalange et des articulations, est légèrement rouge, la peau à peine épaissie, inégale, envahie par de nombreuses papules presque confluentes, aplaties, de la grosseur d'une tête d'épingle et même encore plus volumineuses. A la paume des mains, la couche cornée est épaissie en quelques points, par exemple aux doigts, presque calleuse. A l'exception de l'indicateur de la main gauche, les ongles sont altérés; ils sont plus courts, plus épais, leurs bords dentelés et bon nombre présentent des sillons longitudinaux. Les creux poplités sont envahis par de nombreuses papules semblables à celles du creux des aisselles. Les jambes, surtout la face antérieure, sont le siège de papules plus petites, inégales, de coloration rouge brun, avec très légère desquamation. La plante et le

dos des pieds présentent les mêmes altérations que le dos et la paume des mains.

La malade transpire très abondamment, à ce point que la sueur découle goutte à goutte du creux des aisselles, le long des parties latérales du tronc. En ce qui concerne les rapports des papules avec les follicules pileux, l'auteur a constaté qu'une grande partie des papules était traversée par un poil lanugineux central; toutefois ce symptôme, dans le cas actuel, n'était pas constant.

2° Dans ce cas il s'agit d'une paysanne de 28 ans, qui entra à l'hôpital pour un exanthème aigu survenu à la figure une semaine auparavant. En outre, cette malade présentait encore une autre maladie chronique de la peau, sur la face ainsi que sur d'autres régions du corps. Cette affection, au dire de ses parents, se serait manifestée peu de temps après sa naissance, et depuis lors jusqu'à aujourd'hui elle présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Les cheveux de la malade sont noirs et, malgré son âge, ils sont déjà grisonnants. L'éruption est caractérisée, notamment en quelques points du cuir chevelu, par des croûtes isolées, jaunes, de la grosseur d'une tête d'épingle, sèches, très adhérentes et entourant un poil lanugineux; ou bien ces croûtes sont situées entre les poils. Sur le front, au-dessus des sourcils, on voit deux grandes plaques rouges, irrégulières, recouvertes de croûtes assez transparentes, épaisses, jaune clair. Plaques analogues sur les joues, les oreilles et le menton; on remarque en outre sur la face d'assez nombreuses papules rouge brun, isolées, irrégulièrement disséminées et une grande quantité d'éphélides. La peau du cou et de la poitrine, ainsi que celle de la partie supérieure du dos, est recouverte d'éphélides, elle est inégale, rugueuse par suite de nombreuses élevures confluentes, recouvertes de croûtes sèches, dures, très adhérentes. Papules semblables, brun jaunâtre, sous les seins, dans le creux des aisselles, l'abdomen, dans les régions sacrée et fessière. Sur les cuisses, les papules ont les mêmes caractères, elles entourent le genou et se réunissent dans les creux poplités. Aux jambes, elles sont en plus petit nombre; elles sont de nouveau plus abondantes sur le dos des pieds. Les ongles ne sont pas altérés, sauf celui du gros orteil du côté gauche: sa surface est recouverte de sillons longitudinaux. Les bras sont indemnes, quelques éphélides; aux avant-bras, nombreuses éphélides. Nombreuses papules sur la face dorsale des mains et des premières phalanges, avec les mêmes caractères que chez la première malade. Nombreux sillons longitudinaux sur les ongles, dont le bord libre est friable; la paume des mains présente des lésions assez prononcées, analogues à celles indiquées au cas 1.

La malade accuse une augmentation de la sueur aux mains, aux pieds et dans le creux des aisselles: il lui est impossible de coudre sans salir son ouvrage.

Le père de la malade avait beaucoup d'éphélides, sa mère avait aussi depuis son enfance un exanthème chronique analogue au sien.

L'auteur expose ensuite très en détail les résultats de l'examen microscopique de ces deux cas. Les résultats concordent complètement avec ceux de Darier et d'autres auteurs, non seulement en ce qui concerne le carac-

tère général des lésions, mais relativement aussi à la plupart des détails. Pawloff conclut de ses recherches que l'on a affaire ici à une maladie de l'épiderme in toto, par conséquent, à une hypertrophie de toutes les parties, autrement dit à de l'hyperplasie.

Toutefois cette conclusion, qui permet de comprendre les modifications survenant dans cette maladie, ne résout nullement la question de la nature ou des causes de ces modifications. Darier, comme on le sait, a le premier trouvé, dans les différentes couches de l'épiderme, des corps qu'il a décrits sous le nom de grains et de corps ronds ou ovales ; il les regarde comme des parasites appartenant à la classe des psorospermies ou coccidies et admet ainsi pour cette forme de maladie une origine purement parasitaire.

Les observations personnelles de Pawloff, ainsi que celles d'autres observateurs, l'ont fait se ranger à l'avis que dans cette maladie il n'y a pas de parasites mais des cellules à kératinisation anormale, irrégulière, en des points où on ne les rencontre pas habituellement ; en d'autres termes, qu'il s'agit uniquement d'une anomalie de kératinisation très caractérisée qui ne se produit qu'en quelques points.

Dans les deux cas rapportés ci-dessus, on est en présence d'une maladie de la peau dont le début remonte à la première enfance et persiste depuis lors avec de faibles intermittences, sans qu'on puisse espérer un résultat thérapeutique quelconque. Dans un cas, l'hérédité est vraisemblable : elle se traduisait par des efflorescences symétriques, uniformes, sans aucune tendance à passer dans des formes plus élevées de développement ; en outre, dans les deux cas, affection des ongles d'origine purement trophique et autres troubles trophiques tels que, en certains points, amas de pigment en quantité anormale sous forme d'éphélides, grisonnement prématuré des cheveux et formation de chéloïde dans les points d'excision de la peau. Il faut rappeler encore l'aggravation dans l'aspect des efflorescences chez la première malade pendant la période menstruelle ; tous ces faits ne sauraient s'expliquer par la présence de parasites, il faut chercher la cause de cette maladie dans un trouble de l'organisme dont les altérations de la peau ne sont que l'un des nombreux symptômes. L'auteur ne peut indiquer de quel caractère est ce trouble général, mais bien des motifs portent à croire qu'il faut le rapporter au système nerveux.

A. Doyon.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis des voies respiratoires. — Mendel. De la laryngite syphilitique secondaire. (*Revue gén. de cliniq. et de thérapeut.*, n° 11, 1894, p. 121.)

La laryngite syphilitique secondaire n'est pas très fréquente, elle s'observe chez les syphilitiques dans la proportion de 5 p. 100 d'après la statistique de M. Fournier ; elle peut survenir au début de la période secondaire, mais c'est surtout de trois à six mois après le chancre qu'on la rencontre ; dans la plupart des cas, elle coïncide avec les accidents secon-

daires de la peau, mais cette simultanéité peut faire défaut; ses causes occasionnelles sont le tabac et l'alcool.

La symptomatologie est fort peu étendue en dehors de la raucité de la voix et des signes laryngoscopiques. Ceux-ci sont l'érythème, les plaques muqueuses, les papules, l'hyperplasie.

L'érythème ne comporte ici rien de particulier à la syphilis; les plaques muqueuses, niées ou regardées comme d'une rareté excessive par quelques auteurs, sont loin d'être rares. Elles se présentent dans le larynx sous deux aspects distincts suivant les régions qu'elles affectent: sur les parties rosées, elles ont un aspect semblable à celui des plaques de la bouche; il n'en est pas de même au niveau des cordes vocales inférieures où elles sont plus fréquentes que les précédentes. Lorsque la corde vocale doit être atteinte de syphilide érosive, elle devient rouge, érythémateuse, puis la plaque apparaît sous forme d'une tache blanc mat, ordinairement fort nette; cette tache se modifie bientôt en s'allongeant dans le sens de la corde, elle finit par représenter une bande ovalaire ou un liséré blanc mat occupant le bord libre sur une largeur de quelques millimètres. Ce liséré blanc mat disparaît de la manière suivante : après un temps variable, il passe du blanc au grisâtre, il se détache alors moins nettement, d'autant moins que la partie érythémateuse de la corde finit aussi par passer du rouge intense au gris rosé. Les deux nuances finissent par se fondre et la corde revient peu à peu à la nuance blanc nacré qu'elle possède normalement. Le diagnostic des plaques muqueuses du larynx ne présente pas de difficultés : l'apparition de taches blanches bien délimitées sur une corde vocale rouge paraît à M. Mendel caractéristique de la syphilis secondaire, de même que la bande blanc mat occupant le bord libre de la corde.

Les papules du larynx ont été peu décrites, elles ne sont cependant pas rares puisque l'auteur de ce travail a pu en recueillir cinq cas sur vingt-six observations de laryngite secondaire; elles peuvent affecter toutes les régions du larynx sous forme de petites tumeurs sessiles, un peu surélevées. Les cordes vocales sont, de toutes les régions du larynx, les plus sujettes à l'éruption de papules : la corde peut conserver sa coloration normale lorsqu'apparaît le petit néoplasme, qui s'entoure seulement d'une aréole érythémateuse.

L'hyperplasie n'est pas, à proprement parler, une lésion de nature syphilitique; elle peut s'observer dans la plupart des affections irritatives du larynx pour peu qu'elles se prolongent pendant un certain temps; dans les cas intenses, on observe la lésion à laquelle Virchow a appliqué le nom de pachydermie diffuse.

La durée de la laryngite syphilitique secondaire est assez variable: elle se termine presque toujours par la restitution ad integrum, sauf dans les cas où l'hyperplasie s'installe. Le traitement consiste en attouchements du larynx si la lésion est généralisée, ou en attouchements des lésions circonscrites au moyen d'un bourdonnet d'ouate imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 10.

L. Perrin.

Syphilis de la langue. — L. Jullien. Glossite secondaire tardive. *Bulletin médical*, nº 15, 1894, p. 177.

M. Jullien rapporte dans ce travail un cas de glossite survenue chez un ancien syphilitique qui, après avoir résisté à un certain nombre de préparations hydrargyriques et iodurées, fut rapidement guérie par deux injections de calomel. Voici le résumé de cette observation : Il s'agit d'un homme de 34 ans, offrant toutes les apparences de la bonne santé, qui présentait la lésion suivante, sur le quart intérieur de la langue ; à droite une petite fissure en arc de cercle limitant une tache vernissée de la grandeur d'un franc ; sur le côté gauche, à une petite dépression en forme de capiton, aboutissaient quelques craquelures en étoiles à peine longues de 6 millim. ; centre érosif de teinte jaunâtre, large environ comme un pois ; au toucher, un peu de résistance mais pas d'induration véritable. Pas de ganglion ; extrême sensibilité de la langue rendant la mastication impossible et la parole difficile. Cette lésion datait depuis un an ; le malade avouait avoir eu la syphilis six ans auparavant, et l'avait traitée irrégulièrement, mais non sans rigueur.

Cette lésion ne répondant à aucun type connu, M. Jullien élimina par l'examen de l'urine, l'hypothèse d'une diabétide ; par l'absence de bacilles de Koch dans la sécrétion de la surface dénudée, l'hypothèse d'une tuberculide. Il fut conduit à admettre la nature syphilitique de cette glossite, en trouvant sur la plante du pied un placard torpide de syphilide psoriasiforme persistante, en dépit des médications les plus réitérées auxquelles le malade avait été soumis.

Une première injection de calomel de 0,10 c. dans un centimètre cube de vaseline liquide, fut faite le 23 septembre ; le 30 septembre, une amélioration générale s'était produite ; une deuxième injection, faite quelque temps après, amena la guérison complète de la glossite et de la syphilide plantaire.

A propos de ce succès rapide, M. Jullien rappelle que, dans les lésions cancéreuses ou syphilitiques tertiaires, il a déjà préconisé l'injection du calomel, quand le diagnostic est douteux. Le fait qu'il rapporte ci-dessus, montre que son efficacité n'est pas moins décisive vis-à-vis des accidents de la phase secondaire.

L. Perrin.

Syphilis du rectum. — P. Delbet et A. Mouchet. Rectite hypertrophique proliférante et sténosante (rétrécissement dit syphilitique). (*Archiv. gén. de médecine de Paris*, novembre et décembre 1893, p. 513 et 668.)

Ce mémoire est basé sur l'examen clinique et anatomo-pathologique d'un rétrécissement du rectum, observé chez une femme de 61 ans, et opéré avec succès par M. Delbet. Au point de vue clinique, par le toucher on constatait l'existence de végétations irrégulières fermes, comme cornées, ne s'effritant pas, non saignantes, implantées directement dans la muqueuse qui avait conservée sa souplesse et sa mobilité normales. Au-dessus d'elles, le rectum avait le caractère d'un canal rigide, à parois résistantes allant en se rétrécissant en cône, de telle sorte que sa partie supérieure

ne laissait plus passer que la phalange unguéale de l'index. Cette dernière partie était irrégulièrement cannelée. Rectum partout mobile, pas de trace d'engorgement ganglionnaire, bon état général. Aucun antécédent héréditaire ou personnel ; *pas de syphilis*.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'examen microscopique du néoplasme une fois enlevé montrait qu'il s'agissait d'une affection inflammatoire, caractérisée par une sclérose périvasculaire avec disparition complète des glandes de la muqueuse et transformation du type de revêtement épithélial qui, de cylindrique, est devenu pavimenteux. C'est la description des lésions histologiques du syphilome rectal des auteurs que l'on retrouve dans ce cas, il n'est donc pas douteux qu'il s'agisse de cette variété de rétrécissement dit syphilitique : ses caractères cliniques, son évolution, son siège, sa forme conique, la persistance de la muqueuse ne sauraient laisser aucun doute à cet égard. Les végétations qui occupaient la partie sous-jacente du rectum ne peuvent faire rejeter ce diagnostic ; elles ne sont pas très rares, elles sont signalées dans bon nombre d'observations.

Ces faits établis, MM. Delbet et Mouchet discutent alors la question suivante : le rétrécissement qualifié syphilitique du rectum est-il réellement de nature syphilitique ? Ils rappellent les opinions de Gosselin, Desprès, Trélat, Delens, Fournier, Duplay, etc., sur la pathogénie du syphilome rectal ; reprenant les deux grandes objections que fournit la clinique contre la nature syphilitique du rétrécissement : inefficacité du traitement spécifique, absence de syphilis chez un très grand nombre de malades et notamment dans leur observation personnelle, ils y ajoutent une démonstration tirée de l'anatomie pathologique. La lésion rectale est hyperplasique et inflammatoire simple ; elle n'a rien de spécifique qui rappelle la syphilis ; elle n'est ni atrophique, ni dégénérative comme le serait une gomme. Elle n'a rien de commun avec le rétrécissement syphilitique d'autres organes (larynx, trachée et même œsophage) qui est avant tout cicatriciel et se rapproche bien plus cliniquement et histologiquement d'autres rétrécissements fibreux, tels que ceux du côlon et les rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre. MM. Delbet et Mouchet arrivent à cette conclusion que le rétrécissement prétendu syphilitique du rectum n'a rien de syphilitique ; c'est une lésion d'ordre inflammatoire, c'est l'aboutissant d'une rectite non spécifique pouvant reconnaître des causes variées et multiples (constipation opiniâtre, diarrhée chronique, abus de purgatifs, sodomie, blennorrhagie ano-rectale, etc.).

Les végétations papillaires de la rectite proliférante décrite par Hamonic, coïncidant fréquemment avec les rétrécissements, comme les altérations histologiques sont à peu près identiques dans les deux cas, il est probable que les deux formes ne sont que l'expression symptomatique variable d'une même variété de rectite : rectite chronique hypertrophique pouvant être séparément ou simultanément proliférante (rectite proliférante d'Hamonic, molluscums fibreux ano-rectaux de Reclus) ou sténosante (rétrécissement dit syphilitique).

Comme traitement, il ne peut être que chirurgical, la médication antisyphilitique ayant toujours échoué. La dilatation lente n'est qu'une

méthode palliative, la dilatation brusque ou divulsion est trop dangereuse et abandonnée aujourd'hui. L'électrolyse a été essayée, ses résultats ne sont pas encore probants. La rectotomie interne est aveugle et n'empêche pas la reproduction de la sténose ; la rectotomie linéaire préconisée par M. Verneuil à l'écraseur et au thermocautère rétablit le cours des matières, mais elle expose à l'incontinence fécale et à la récidive. L'anus iliaque est une opération de nécessité ; l'extirpation de la portion rétrécie est le vrai traitement de la rectite sténosante ; l'opération de Kraske par la voie sacrée est la méthode de choix, c'est celle qui a été suivie avec succès par M. Delbet. L. Perrin.

Syphilis du système nerveux. — Professeur Pospeloff. Diabète insipide et myxœdème syphilitiques. (*Medizinskoïé Obozrenié*, 1893, 22.)

Le malade a contracté la syphilis en 1885 ; en 1888, il a eu pour la quatrième fois des manifestations syphilitiques, sous forme de gomme ulcérée du pharynx, ayant nécessité des injections sous-cutanées de sublimé. En 1890, céphalées violentes, nausées et vomissements pendant trois jours, avec impossibilité de prononcer certains mots, et démarche oscillante. En février 1891, deux gommes ulcérées de la voûte palatine ; la nutrition est très troublée. Le malade s'adresse alors à M. Pospeloff, qui le traite par des injections de sublimé. En juin, les deux testicules s'indurent ; en même temps s'est montrée une polydypsie extrême (le malade absorbait 48 verres de liquide par jour). On ne trouve ni sucre ni albumine dans les urines. Sensation intense de froid périphérique. En même temps que l'induration des testicules a apparu, au tiers supérieur du cartilage thyroïde, une tumeur du volume d'une noix, élastique et rappelant par sa consistance une gomme ; elle est indolore et la peau qui la recouvre est mobile. Sous l'influence des injections de sublimé et de l'iodure d'ammonium pris à l'intérieur, le diabète, la tumeur thyroïdienne et le sarcocèle ont disparu au bout de trois mois.

Mais la sensation de froid a persisté, augmentant le soir ; en même temps la température du malade baissait le soir pour s'élever le matin. Les cheveux et les poils devenaient rares et poussaient lentement ; les ongles étaient devenus secs et cassants. En même temps, apathie générale et inappétence sexuelle ; si on ajoute à cela, dit M. Pospeloff, l'aspect cireux de la peau de la face, son état œdémateux, mais sans godet, l'absence depuis deux ans de sueurs, la parole troublée, la paresthésie des membres et du dos, on trouve le tableau du myxœdème, dû non pas à la diminution ou augmentation de la glande thyroïde, mais à l'entravement de ses fonctions. L'auteur institua, de concert avec le Dr Rots, le traitement par ingestion de glande thyroïde. Après quatre doses, tous les signes énumérés ont notablement diminué et le malade fut amélioré. Mais à la cinquième dose il s'est produit une réaction un peu violente, ce qui obligea de suspendre ce traitement. Le diabète, qui a réapparu alors, a été arrêté par le traitement antisyphilitique. En somme, l'état général est considérablement amélioré. Cependant l'auteur conclut que le myxœdème pourra

se montrer de nouveau, car il est dû à la cirrhose de la glande thyroïde, cirrhose provoquée par la syphilis, et qui ne peut disparaître ni par l'administration de la thyroïdine, ni par le traitement antisyphilitique.

S. Broïdo.

E. Boix. De la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis. (*Arch. gén. de méd.*, février, 1894, p. 152.)

Dans la plupart des travaux qui traitent de la paralysie de la septième paire, il n'est fait que très brièvement mention de la syphilis comme facteur étiologique de l'hémiplégie faciale. Cet accident, assez fréquent dans la syphilis tertiaire, s'observe aussi parfois dans les stades avancés de la période secondaire ; on le rencontre même, bien qu'à titre d'exception, au début des accidents secondaires, au stade roséolique ou même dans les premiers mois qui suivent l'apparition du chancre. M. Boix a eu l'occasion d'observer un cas de paralysie faciale périphérique et de zona occipito-cervical gauches, survenus trois mois après un chancre syphilitique chez un homme de 35 ans. Guérison en six semaines par le traitement spécifique.

A ce fait personnel recueilli à Saint-Antoine, dans le service de M. Hanot, l'auteur ajoute deux autres cas inédits de M. Gilbert et de M. G. Ballet, une observation publiée dans la *Province médicale* et seize observations résumées la plupart dans la thèse de Dagaud (1885) et empruntées à divers auteurs, soit en tout vingt cas de paralysie faciale syphilitique précoce réunis par M. Boix.

La paralysie faciale périphérique peut s'expliquer de deux manières, soit par une compression du facial en un point quelconque de son trajet par une méningite scléro-gommeuse ou par une altération osseuse ou périostée de l'aqueduc de Fallope, soit par l'action directe sur le nerf lui-même (névrite) du poison syphilitique. Cette dernière hypothèse n'est guère probable et l'auteur conclut dans la plupart des cas à une lésion méningée ou périostée précoce.

L'apparition d'une paralysie faciale au cours d'accidents secondaires de la syphilis peut être considérée le plus souvent comme l'expression d'un tertiarisme précoce et réclame l'administration immédiate de l'iodure de potassium, en même temps que le traitement mercuriel, même si les malades sont tout à fait au début de leurs accidents secondaires.

L. Perrin.

Glycosurie dans la syphilis. — Tschistiakof. Glucosurie au début de la syphilis. (*Wratsch*, 1894, t. XV, 4 et 5, p. 103 et 139.)

L'auteur, dans son rapport lu à la Société russe de syphiligraphie et dermatologie, rappelle d'abord les recherches déjà faites sur les troubles de nutrition dans la première période de la syphilis ; le professeur Tarnowski et le Dr Stepanoff ont trouvé l'augmentation du taux de l'urée pendant la roséole ; M. Jakowlew a démontré que l'échange d'azote augmente, mais qu'il s'élimine sous des formes incomplètement oxydées. Wedenski a obtenu des préparations histologiques de dégénérescence hyaline des vaisseaux dans le chancre induré. Rien d'étonnant alors si le dédoublement

des albuminoïdes chez les syphilitiques donne des hydrocarbures en excès, qui, sans s'oxyder, s'éliminent sous forme de glucose, et cela surtout à la période d'infection syphilitique, quand l'organisme tout entier est atteint. Comme tous les signes précurseurs des éruptions syphilitiques (diminution du poids, etc.), ce trouble disparaît quand la manifestation cutanée se montre. A l'appui de cette idée M. Tschistiakof rapporte l'histoire d'un malade qui avait, au début de la deuxième période, 1/2 p. 100 de sucre dans les urines, qui a disparu au moment de l'apparition de la roséole. Cette glucosurie s'accompagnait de phosphaturie, de polyurie et d'amaigrissement, un peu de polydypsie et de polyphagie. Serait-ce une glucosurie physiologique ? Non, puisque cette dernière n'atteint jamais le chiffre de 1/2 p. 100 ; l'alimentation du malade était normale ; de plus, quand même il aurait ingéré une trop grande quantité d'aliments sucrés, l'apparition de la glucosurie prouverait que la syphilis rend l'organisme inapte à transformer le sucre absorbé. On ne peut pas admettre que le malade était diabétique avant de devenir syphilitique, car M. Tschistiakof l'a observé pendant trois semaines avant et n'a rien trouvé dans les urines.

Après avoir rappelé les observations de Frerichs, Eickhorst, Leyden, Mauriac, Lemonnier, de glucosurie « essentielle », due uniquement aux troubles généraux, et celles de Fournier, Jullien Scheinmann, Feinberg, où le diabète était dû à la syphilis cérébrale, l'auteur arrive à la conclusion que si le diabète est démontré au cours de la syphilis tertiaire, il n'est pas douteux non plus qu'il puisse exister à la période condylomateuse. Au début de la période secondaire, la glycosurie bénigne est caractérisée par la quantité peu considérable du sucre dans les urines, par le peu de polyurie, de polydypsie et de polyphagie, le peu d'amaigrissement, par l'absence d'autres modifications des urines ; tous ces troubles sont passagers et disparaissent quand se montre la roséole. Cette glucosurie est probablement due à l'altération des échanges nutritifs de l'économie chez les syphilitiques.

S. Broïdo.

Évolution de la syphilis. — Professeur Fournier. Le tertiarisme précoce. (*Gazette médicale de Paris*, nos 49, 50, 51 et 52, 1893; 1, 1894.)

Dans cette série de leçons, M. le professeur Fournier étudie le tertiarisme de la première année de la syphilis ; d'après sa statistique, sur un total de 3,032 malades, il compte 158 manifestations tertiaires précoces. La comparaison avec les autres années aboutit à ce résultat, que le taux de fréquence des accidents tertiaires de la première année de la syphilis se tient notablement au-dessous du taux de fréquence du tertiarisme des deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième années, mais qu'il se place au même niveau que celui des huitième, neuvième, dixième années.

Le tertiarisme précoce affecte deux modalités d'évolution, deux modes d'entrée en scène : dans le premier mode, de beaucoup le plus commun, c'est une syphilis ordinaire, usuelle, qui commence à la façon des syphilis courantes par des accidents d'ordre secondaire, puis qui, au cours et plus spécialement vers la fin de sa première année, aboutit soudainement à une manifestation d'ordre tertiaire. Le second type est tout différent, sa carac-

téristique réside en ce que le tertiarisme apparaît au seuil même de la période secondaire, il s'établit d'emblée et sans transition à la suite du chancre; la période secondaire est littéralement supprinée ; c'est le tertiarisme d'emblée. Le chancre dans cette forme est le plus souvent de mauvaise allure, creux, ulcéreux, profond, quelquefois phagédénique.

Les manifestations qui composent le tertiarisme précoce ne sont pas tout à fait celles du tertiarisme usuel, à longues échéances; on n'y trouve pas les lésions tertiaires du poumon, du cœur, de l'aorte, du rectum, la paralysie générale, le tabes ; de plus, la gomme du tissu cellulaire, qui figure pour une proportion de 12 p. 100 dans le tertiarisme de toutes périodes, figure seulement pour une proportion de 2 à 3 p. 100 dans le tertiarisme de la première année, c'est pourtant le tertiairisme cutané précoce qui s'observe le plus usuellement; il se différencie du tertiarisme cutané des périodes âgées de la syphilis par les divers caractères suivants : 1° fréquence ultra-prédominante des formes ulcératives sur les formes sèches; 2° tendance habituelle à la multiplicité des localisations et par conséquent à leur dissémination, leur éparpillement, voire leur généralisation; 3° caractère très fréquemment observé de gravité locale; les syphilides tertiaires cutanées précoces sont les syphilides localement graves, rapidement extensives, plus ou moins rebelles ; 4° caractère de malignité réelle, qui s'atteste de deux façons : par une modalité éruptive spéciale qui n'est rien moins que la forme gangréneuse, par le phagédénisme. Ce phagédénisme est redoutable parce qu'il est multiple d'ordinaire, à foyers plus ou moins nombreux, aigu, rapide, qui détruit en quelques semaines des portions considérables de téguments ou d'organes; il peut s'étendre en surface mais aussi en profondeur; enfin il est moins docile au traitement que le phagédénisme tertiaire à proprement parler.

Une autre forme que peut réaliser le tertiarisme précoce est désignée par M. Fournier sous le nom de syphilis sidérante, galopante. Il en a vu trois ou quatre cas dans sa vie; il en relate un fait qu'il a observé, en 1892, dans son service, chez une jeune fille de 19 ans, de constitution moyenne, tuée par la syphilis en quatre à cinq mois (éruption ecthymateuse confluente, suppuration profuse, fièvre, adynamie, marasme).

Les manifestations sur le système muqueux sont moins communes que celles du système cutané; elles se produisent principalement sur la muqueuse génitale et surtout sur la muqueuse bucco-gutturale. Ce sont encore des syphilides ulcératives, creuses, étendues, de physionomie tertiaire, empreintes d'une gravité propre par leur constitution rapide, par leur tendance à l'extension, enfin parce qu'elles n'obéissent au traitement spécifiqueque d'une façon moins docile que les accidents tertiaires d'une époque plus reculée.

Les manifestations nerveuses du tertiarisme précoce viennent, comme fréquence, en seconde ligne, immédiatement après les manifestations cutanées; des divers départements du système nerveux, c'est le cerveau qui est le plus souvent affecté. Les localisations sur les cordons nerveux offrent quatre types principaux : deux intéressant des nerfs moteurs (facial, paires motrices oculaires); deux intéressant des nerfs de sensibilité spéciale (optique, auditif). L'hémiplégie faciale, de même que les paralysies

motrices oculaires, n'ont pas de gravité en général et cèdent au traitement spécifique ; les manifestations du côté du nerf optique et du nerf auditif sont autrement sérieuses. Des névrites optiques ont abouti en certains cas à l'atrophie du nerf, de même que le nerf auditif affecté, soit isolément, soit en coïncidence avec le facial, a pu produire des cophoses toujours graves et quelquefois persistantes.

Les manifestations cérébrales produites par le tertiarisme précoce sont très diverses : les unes consistent en des symptômes cérébraux isolés, tels que, par exemple, des accès épileptiques, des accès d'aphasie ; les autres, le plus communément, consistent en des syndromes cérébraux complexes, constituant ce qu'on appelle la syphilis cérébrale. Celle-ci peut être plus ou moins précoce, quelques exemples observés dans le cinquième, le quatrième, même le troisième mois, le plus souvent dans le dernier trimestre de la première année. Ces syphilis cérébrales précoces ne se distinguent pas par quelque modalité clinique particulière de la syphilis cérébrale des étapes plus avancées ; elles semblent être aussi graves, sans doute elles peuvent guérir, mais souvent les guérisons sont incomplètes, ou elles aboutissent à des contractures irrémédiables ; enfin elles ne sont pas moins sujettes à récidive.

Cette malignité du tertiarisme nerveux précoce se retrouve dans les accidents d'origine médullaire. Ces myélopathies sont relativement beaucoup plus communes dans la première année de la syphilis que les affections cérébrales ; elles se produisent même plus communément dans le premier semestre que dans le second ; leur gravité, leur malignité est très grande. MM. Gilbert et Lion ont trouvé 16 morts sur 52 cas ; la mort se produit soit par extension des lésions aux parties supérieures de la moelle, soit par eschares survenant au sacrum, aux trochanters, aux talons. Ce qui ajoute encore à la gravité de ces myélopathies précoces, c'est qu'elles sont rebelles, peu sensibles au traitement spécifique, qu'en second lieu, elles sont sujettes à récidives après guérison. On peut donc mourir de la vérole dès la première année de la vérole, et quand on en meurt, c'est le plus habituellement par le système nerveux, soit par le cerveau, soit plus souvent encore par la moelle. L. Perrin.

Professeur Fournier. Des étapes ultimes de la syphilis. (*Bullet. méd.*, nos 33 et 34, p. 385 et 397, 1894.)

Dans ces leçons, M. le professeur Fournier étudie la longévité de la syphilis, c'est-à-dire ses explosions à lointaine et ultra lointaine échéance, à partir de la vingtième année, pour prendre une date. Dans sa statistique, sur 3,600 manifestations tertiaires observées dans sa clientèle privée, il n'en trouve que 177 appartenant au delà de la vingtième année accomplie de l'infection.

Ces manifestations diminuent à mesure que la syphilis s'épuise avec l'âge : Ainsi, tandis que de la vingt et unième à la vingt-sixième année il compte 115 accidents, de la quarante et unième à la cinquante-cinquième il n'en a noté que 4. Ces accidents sont uniquement de forme tertiaire et presque toujours isolés, affectant exclusivement tel ou tel système ou organe ; — les systèmes cutané et nerveux sont les

plus souvent frappés : 92 fois pour le premier, 56 pour le second. Les accidents cutanés tardifs sont de beaucoup plus communs de la vingt et unième à la trente et unième année; M. Fournier en a observé pourtant un au cours de la cinquante et unième année ; — ils sont suceptibles de toutes localisations, mais 27 fois sur 92 ils ont siégé à la verge et en certains cas sur le siège même de l'ancien chancre; très souvent cette syphilide ulcéreuse chancriforme a servi d'origine à une erreur doctrinale des plus importantes. Elle a été prise pour un chancre induré de récidive et a conduit ainsi à la doctrine de la réinfection syphilitique.

A la suite des manifestations cutanées, se rangent dans la statistique de M. Fournier les affections du système nerveux ; mais tandis que dans les phases jeunes ou moyennes du tertiarisme c'est le système nerveux qui, comme fréquence d'accidents, tient la tête, au delà de la vingtième année il passe au second rang, et à partir de la vingt-huitième année il est exceptionnellement frappé. Les manifestations nerveuses tardives du côté de la moelle sont surtout très rares, au delà de la vingt et unième année, M. Fournier n'a rencontré que deux cas de myélopathies syphilitiques.

Quelles que soient leurs localisations, ces accidents tardifs de la syphilis peuvent avoir été précédés par d'autres accidents tertiaires survenus antérieurement, à échéances plus précoces (ce sont les cas les moins nombreux) ; il est plus fréquent de voir l'explosion tardive, se faisant à des échéances diverses au delà de la vingtième année, n'avoir été précédée d'aucune manifestation tertiaire, et n'être séparée par quoi que ce soit de l'étape secondaire.

Au point de vue étiologique, ces accidents tardifs ont, pour cause prédominante, l'absence d'un traitement suffisant, véritablement sérieux et préservateur, au début de l'infection ; ils se voient dans des syphilis bénignes ; leur pronostic et leur traitement ne présentent rien de spécial car leur qualité tardive n'en modifie ni les dangers ni la thérapeutique. Mais, pour éviter ces rentrées en scène de la syphilis à des échéances plus ou moins distantes de son origine, M. Fournier se demande s'il n'y aurait pas avantage à renouveler, de temps à autre, dans les étapes avancées de la vérole, l'administration de l'iodure au titre de préventif?

L. Perrin.

REVUE DES LIVRES

H. Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — **Traité clinique de dermatologie**. In-8° de XVI-496, Oct. Doin, éditeur, Paris, 1893.

I

Je n'apprendrai rien aux lecteurs qui connaissent l'auteur du *Traité clinique de dermatologie* en disant que c'est un homme de talent, un médecin consommé, un philosophe érudit, un esprit original, indépendant et critique, un caractère énergique, absolu, un polémiste habile, qui parle haut, franc et ferme, un dermatologiste qui a su, en peu d'années, passer beaucoup de temps auprès des malades, et se former sur toutes les choses de notre ressort une opinion personnelle qu'il expose, et qu'il enseigne, avec un entrain et une conviction extraordinaires.

Personne ne me croirait si je disais que je partage toutes les opinions, les idées, les propositions et les convictions de mon savant collègue, ou, autrement dit, que je les considère toutes sans exception, comme justes, exactes et fondées, mais je tiens essentiellement à dire qu'après avoir lu et relu son ouvrage, et essayé de l'apprécier en pleine conscience, mes réserves à l'égard de quelques-unes d'entre elles portent davantage sur la forme absolue de l'idée exprimée que sur la base même, sur le fond du jugement.

Pour ceux de mes lecteurs qui n'ont pas vécu à l'hôpital Saint-Louis pendant ces dernières années et qui n'ont pas eu la bonne fortune d'entendre l'auteur exposer ses doctrines et ses idées, je ne saurais mieux faire, pour le leur présenter, que de transcrire ici, en entier, la très remarquable introduction qu'il a placée en tête de son livre, et dans laquelle il expose l'*évolution des mots et des idées en dermatologie*. Jamais l'adage « Le style c'est l'homme » n'a été mieux, ni plus brillamment justifié.

Il en va de même dans le cours du livre entier, et quiconque en aura lu avec attention quelques chapitres verra combien l'homme et le clinicien dont j'ai donné une courte esquisse dans les lignes qui précèdent apparaît à chaque page dans toute sa personnalité.

II

Introduction du Traité clinique de Dermatologie.

I. — On dit que si les hommes s'entendaient sur les mots, ils ne tarderaient

pas à s'entendre sur les choses. Cette maxime part d'un bon sentiment; elle suppose que les hommes aient envie de s'entendre. Ils peuvent avoir cette envie quelquefois, et les dermatologistes l'ont toujours. Nous n'aspirons pas d'ailleurs à faire prévaloir une terminologie ni une doctrine particulières. La meilleure manière de parler est celle de tout le monde; et les questions doctrinales, quand elles ne sont pas des questions de fait, se ramènent à des questions de mot. Cela n'en abaisse pas l'importance. La science des mots a pris une étendue, une profondeur qu'on ne soupçonnait pas. Les mots ne sont point, comme on l'a cru jusqu'à nos jours, des signes conventionnels que nos aïeux réunis en société savante aient choisis pour exprimer les choses; ils traduisent en ondes sonores certains mouvements de l'organisme; et ces mouvements, quelle que soit la complexité des conditions physiques, physiologiques et sociales qui les déterminent, ont été à l'origine aussi instinctifs, aussi peu réfléchis que ceux de la marche ou de la lutte, de la joie ou de la douleur. L'homme parle à peu près comme les oiseaux chantent; mais les oiseaux n'ont qu'une chanson, tandis que les hommes en ont plusieurs. Leur langage change avec le temps; les mots se transforment, ils évoluent. Ces transformations sont de deux ordres: les unes portent sur les mots eux-mêmes (agglutination des racines, altération phonétique, renouvellement dialectal, etc.), et ressortissent à la philologie; les autres portent sur la signification des mots. Or depuis Hippocrate les termes du vocabulaire dermatologique ont reçu des significations successives que nous voyons étagées, stratifiées dans l'histoire comme des terrains géologiques. Les médecins ne lisent plus guère les livres anciens et les comprennent quelquefois avec peine; ces livres sont en effet inintelligibles quand on y prend une foule de termes médicaux dans leur sens moderne.

A certaines heures la confusion grandit. Les transformations des mots et des idées ne se font pas comme des changements de décors, au coup de sifflet. Il est des périodes de transition pendant lesquelles les uns parlent le langage de la veille, les autres celui du lendemain, et la plupart les deux langues en même temps sans y prendre garde. Or la pathologie cutanée traverse une période de ce genre; et souvent aujourd'hui dans la même page, le même terme est employé dans deux sens différents, le sens willanique et le sens nouveau, sans que l'auteur en avertisse, peut-être aussi parfois sans qu'il en ait conscience.

Les mots ont enfin une puissance magique dont tous les hommes sont plus ou moins victimes. Au lieu de se transformer, la signification d'un terme peut s'évanouir avec le temps. Les images qu'il éveille deviennent chaque jour plus incertaines et plus pâles; il n'est plus compris. Alors ce mot sans concept, revenant dans le discours, exerce sur le cerveau une influence pathologique et évoque enfin une forme intelligible sans fondement réel, à qui l'on prête des actions mystérieuses et profondes. La médecine a sa mythologie, qui n'appartient pas tout entière à l'histoire ancienne.

II. — L'histoire de la dermatologie ne remonte pas au delà des livres hippocratiques. L'idée téléologique qui les inspire et a dominé la médecine jusqu'à la fin du siècle dernier, est-elle née sur les côtes de l'Ionie, dans

l'Hellade ou ailleurs? On l'ignore. Socrate, le premier, a introduit cette idée en philosophie; mais les médecins grecs ne l'ont pas empruntée à Socrate et ne disent pas d'où elle vient. Les ruines et les tombeaux, qui ont déjà révélé tant de choses, le diront peut-être un jour. — « Wo die todten Menschen schweigen, da sprechen desto lauter die lebendigen Steine » (Börne).

Les livres de Moïse fournissent sur les maladies de la peau chez les Hébreux, quinze cents ans avant notre ère, quelques documents qui ne sont pas encore utilisés. Leur interprétation est d'ailleurs plus difficile que ne paraissent le croire ceux qui dans les Septante et dans la Vulgate donnent tranquillement à certains termes leur signification scientifique. Un médecin ayant pratiqué en Orient, sachant la peau et sachant l'hébreu, pourrait seul mener à bonne fin cette exégèse médicale.

Dans l'historique de quelques dermatoses on mentionne volontiers les descriptions d'Hippocrate. Or Hippocrate, qui n'écrivait pas pour la postérité, n'a pas décrit une lésion de la peau, il n'en a pas défini une seule; et quand on veut savoir le sens d'un terme dermatologique dans ses écrits, il faut consulter Celse.

Celse vivait à Rome, sous le principat de Tibère, quatre cents ans après Hippocrate, et n'était pas médecin. Son livre *De re medica*, fragment d'une sorte d'encyclopédie qui s'adressait à tout le monde, n'en est pas moins précieux pour l'histoire ancienne de la dermatologie. C'est un résumé concis de l'enseignement des médecins grecs, et les affections de la peau y tiennent une place relativement considérable.

Toutes les fois qu'un terme dermatologique grec peut être traduit en latin par un terme populaire, Celse préfère ce dernier et ne mentionne pas le mot grec. De là certains problèmes de terminologie. Pour tenter de les résoudre, il faut avant tout compulser Galien.

Cent cinquante ans après Celse, Galien, qui fut le médecin de Marc-Aurèle et de Faustine, a laissé quatre in-folio compacts que le moyen âge a longuement commentés, et qui reposent aujourd'hui sous la poussière des bibliothèques.

Les livres de Mercuriali (Venise, 1651) et de Lorry (Paris, 1777) terminent la période ancienne (antéwillanique) de la dermatologie, sans faire pressentir la révolution dont Plenck a été le promoteur. Ce ne sont donc pas des œuvres de transition; par la direction des idées Mercuriali et Lorry appartiennent encore à la médecine antique. Il ne sera pas superflu d'en esquisser le point de vue fondamental.

Selon les anciens, aux grandes variations du milieu ambiant — « de l'air, des eaux et des lieux » — répondent des modifications de l'organisme communes à un grand nombre et appelées constitutions médicales. La matière morbifique ainsi produite aux dépens des humeurs engendre des troubles divers suivant les organes et suivant les individus. Mais le principe de la vie qui, à l'état normal, dirige les fonctions pour en conserver l'équilibre, les dirige encore pendant la maladie pour rétablir la santé en élaborant puis expulsant la matière morbifique. Telle la pesanteur maintient le fil à plomb dans la verticale et l'y ramène quand on l'en écarte. Donc chez tout malade deux ordres de symptômes : les uns traduisent

l'action pathogène, il faut les combattre; les autres expriment la réaction salutaire de l'organisme, il faut les respecter. Cependant la force médicatrice fléchit quelquefois pendant la lutte; le médecin doit lui venir en aide, stimuler le système nerveux, solliciter l'émonctoire par où tarde à se produire l'évacuation critique, etc. Ou bien l'action pathogène et la réaction curatrice se superposent dans le même lieu, additionnent leurs effets, et un symptôme favorable devient alors dangereux par son exagération. La fièvre, par exemple, dépasse le degré voulu pour la coction; la sueur, qui juge l'accès de fièvre intermittente légitime, entraîne par son abondance le collapsus et la mort dans la pernicieuse sudorale. Je n'insiste pas; cela suffit pour comprendre la préoccupation exclusive des anciens en présence d'une hémorrhagie, d'une exsudation, d'une exfoliation, d'un symptôme quelconque, pour comprendre l'esprit de leur thérapeutique et de leurs livres.

Une idée fausse peut inspirer les meilleures actions; et dans la foule des préceptes que nous a transmis l'antiquité, il en est çà et là d'excellents. Mais toutes les réactions vont au delà du but; on a fait table rase. Exciter deux sécrétions en même temps; purger avant de faire vomir dans l'embarras gastrique; appliquer un vésicatoire sur le thorax au début de la pneumonie; poser des sangsues en petit nombre derrière les oreilles, dans la congestion cérébrale; prescrire les balsamiques dans la première période d'une bronchite ou d'une blennorrhagie, etc.; ce sont des fautes que ne commettaient pas les médecins d'autrefois. Ils en commettaient de plus graves. Je reviens à mon sujet.

En 1776, un chirurgien de Vienne, von Plenck, publia une brochure dans laquelle il se plaint de la confusion de la dermatologie et classe les lésions de la peau — « hanc vastam indigestamque horum morborum molem » — d'après leurs seuls caractères anatomiques. Il n'est plus question de leur cause finale. Plenck a-t-il eu conscience de la portée de son œuvre? A-t-il suivi tout droit l'instinct du réel, qui est le privilège de quelques hommes? Un long commerce avec les doctrines médicales et les philosophies l'a-t-il conduit laborieusement à cette vue simple et empirique des choses, qui est peut-être le dernier mot de la sagesse? Nous ne saurions le dire. Quoi qu'il en soit, sa brochure fut l'origine d'une orientation nouvelle de la pensée médicale.

Willan (1757-1812) poursuivit l'œuvre que Plenck avait ébauchée, et la poussa assez loin pour donner son nom à la deuxième période dermatologique. Deux idées s'en dégagent.

Ce qu'étudient Willan et ses successeurs, ce ne sont pas les maladies de la peau telles qu'on les comprend aujourd'hui; ce ne sont pas non plus les lésions cutanées telles que les considéraient les anciens. Toute lésion se transforme; elle a un augment, une acmé, un déclin, et présente aux diverses périodes de son évolution des caractères objectifs différents. L'acmé de la lésion cutanée, c'est-à-dire sa pleine floraison, son plus haut degré de développement sert désormais à la classer; et les affections papuleuses, bulleuses, squameuses, etc., sont celles qui se caractérisent à leur acmé par des papules, des bulles, des squames, quels que soient leurs caractères avant et après cette période.

Pour dénommer des choses nouvelles, Willan avait besoin de termes nouveaux; il préféra détourner de leur sens traditionnel et souvent obscur une foule de mots anciens. Cette révolution du langage s'imposa d'ailleurs rapidement et sans secousses; l'écho des résistances qu'elle a pu rencontrer à l'origine n'est même pas venu jusqu'à nous.

Les choses ainsi dénommées, classées et immatriculées dans les cadres willaniques — l'eczéma, le psoriasis, le pityriasis, le lichen, le prurigo, l'impétigo, le pemphigus, etc. — ont chacune les causes internes et externes les plus variées, traduisent chacune sur la peau les maladies les plus diverses; ce sont donc des états morbides symptomatiques, des affections génériques (Bazin), des genres communs à plusieurs espèces nosologiques.

Bateman a résumé dans un manuel la dermatologie de Willan, et Biett l'a importée à l'hôpital Saint-Louis. Elle y régna jusqu'au jour où les travaux de Hebra y ont été vulgarisés. Il y a vingt-cinq ans tous nos maîtres étaient willanistes par la direction des idées. Je n'excepte pas Bazin.

Si on retranche de son œuvre la partie doctrinale, il reste une analyse incomparable des genres willaniques, que tout le monde n'a pas comprise. Observateur profond, Bazin vit dans chacun de ces genres des différences de forme inaperçues avant lui et dont on ignore les causes. Il les inventa, en s'inspirant d'une philosophie que reconnaissent aisément ceux qui ne sont pas étrangers à ce genre d'étude. Les idées doctrinales ne sont donc dans son œuvre que des ornements extérieurs à la peau, destinés à faire ressortir certains tons et certaines lignes. Mais la plus savante parure est encore un voile. Les auteurs du XVIIe siècle croyaient imiter les maîtres de l'antiquité en mettant en scène des personnages grecs ou romains qui invoquaient les dieux de l'Olympe; de même on a cru comprendre Bazin en lui empruntant ses ornements mythologiques.

Hebra ouvre une troisième période dermatologique, parce qu'avec lui commencent une nouvelle direction des idées et une nouvelle signification des mots.

Son *Traité des maladies de la peau* est l'œuvre d'ensemble la plus remarquable que possède la pathologie cutanée, mais ne donne pas une idée juste de la période willanique. Hebra ne connaissait pas plus l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis que nos maîtres ne connaissaient le sien. Je me souviens de leurs impressions à chaque nouveau fascicule de la traduction du Dr Doyon...; ils s'étonnaient d'être si mal compris hors de France. Leur surprise eût été plus grande s'ils avaient su qu'à Paris, vingt ans plus tard, la plupart des jeunes dermatologistes ne les comprendraient guère mieux.

Les termes qui pendant la période précédente désignaient des genres, vont maintenant l'un après l'autre désigner des espèces. Nous avons dit ce que sont les genres willaniques. Qu'est-ce donc que l'espèce en dermatologie?

La philosophie ancienne attachait au mot deux significations, l'une logique, l'autre métaphysique, qu'elle distinguait soigneusement. Nous ne rappelons pas la seconde, parce qu'elle est hors de cause; en pathologie

comme en histoire naturelle, tous les problèmes relatifs aux espèces ne peuvent être tranchés que par l'expérience. C'est l'étude des faits qui nous apprendra si les espèces dermatologiques ont un critère étiologique, histologique ou autre; s'il existe entre elles des distinctions absolues, des discontinuités infranchissables, ou si au contraire elles sont reliées par des formes de transition. Provisoirement nous prions donc le lecteur de n'attacher au mot que son sens logique, de voir simplement dans l'espèce un groupe ayant moins d'extension et plus de compréhension que le genre.

Hebra et ses successeurs ne semblent pas s'être beaucoup préoccupés de ces questions, mais ils ont mieux servi la science en découvrant plusieurs espèces, en décrivant certaines autres avec une précision inconnue avant eux. Alors, par suite d'une sélection naturelle, ces espèces plus vivantes, mieux organisées pour la lutte ont pris une place prépondérante dans le champ de la dermatologie et refoulé dans l'ombre les autres espèces du même genre. On a pu croire un instant que quelques-unes étaient éteintes.

Les termes qui désignaient les genres willaniques ont suivi une évolution parallèle. Parmi les images qu'ils éveillaient, les plus vives ont effacé les plus pâles; l'extension de ces termes s'est ainsi graduellement restreinte, et bientôt ils n'ont plus désigné que les espèces qui dans le genre avaient supplanté toutes les autres.

Cette évolution est terminée pour certains mots; ailleurs elle est en voie de s'accomplir. On ne parle plus de psoriasis syphilitique ni de pemphigus lépreux, mais on parle encore d'acné iodique et de prurigo pédiculaire. C'est que nous tenons au passé par des liens que nul n'a le pouvoir de rompre; il nous pousse d'un côté, l'avenir nous tire d'un autre, et nous suivons la diagonale du parallélogramme construit sur les deux directions.

Quand on veut fixer dans la science une espèce nosologique, on ne s'arrête pas d'abord à ses formes abortives, ébauchées, imparfaites; il faut choisir un type accentué de l'espèce, le poser en pleine lumière et en tailler au besoin les contours à l'emporte-pièce. Par son tempérament médical et les circonstances extérieures, l'illustre chef de l'école de Vienne était donc prédestiné à la vulgarisation des formes dermatologiques les plus graves. Son prurigo, son lichen ruber, son pityriasis rubra, son impetigo herpetiformis ont des figures sinistres. Mais le champ de toute dermatose comprend deux zones concentriques et diversement éclairées : l'une centrale où les choses ont du relief, des tons chauds, des contours fermes; l'autre périphérique, où les objets se fondent en teintes pâles et dégradées dans le champ des maladies voisines. Les chefs d'école et les élèves se complaisent dans la première zone, parce qu'on y voit clair; les praticiens, bon gré mal gré, passent la moitié de leur vie dans la seconde. Ce qu'on distingue dans cette pénombre est d'ailleurs plein d'enseignements; et nous y retiendrons quelquefois le lecteur.

La dermatologie de Hebra a été vulgarisée en France par l'excellente traduction du Dr A. Doyon et par les éminents collègues qui nous ont précédé à l'hôpital Saint-Louis. Ils ont fait plus; mais les vivants n'appartiennent pas à l'histoire.

Le mouvement de la science s'accélère avec le temps; nous sommes déjà

loin de Hebra et marchons vers une quatrième période dermatologique. Quelle idée fera-t-elle apparaître? Nul d'entre nous ne saurait le dire ; le soldat dans la mêlée ignore la pensée qui conduit la bataille.

H. TENNESON.

Paris, juillet 1893.

III

Le traité clinique de dermatologie est le résumé de l'enseignement clinique de M. Tenneson à l'hôpital Saint-Louis; le style en est parlant, et l'ordonnance tout à fait appropriée aux lecteurs à qui il est surtout destiné, aux praticiens et aux étudiants, qui y trouveront exposés, dans la forme affirmative qui leur agrée le mieux, les éléments de la dermatologie actuelle présentés par un clinicien de race dès longtemps rompu à toutes les exigences de la médecine pratique, et qui va droit au but.

Sans se préoccuper de classifier une science en pleine révolution, l'auteur n'a pas reculé devant un ordre arbitraire des matières, et voici l'ordre de ses chapitres.

1. **Eczéma.** — 2. **Prurigo, Pruritus.** — 3. **Lichens.** — 4. **Dermatoses suppuratives.** — 5. **Acné; Couperose.** — 6. **Acnés; milium; colloïd-milium; adénomes sébacés et sudoripares; épithéliomes éruptifs bénins.** — 7. **Acnés sébacées concrètes; transformation épithéliomateuse; maladies de Darier, de Paget.** — 8. **Dermatoses bulleuses chroniques.** — 9. **Erythème polymorphe.** — 10. **Herpès.** — 11. **Purpura.** — 12. **Urticaire.** — 13. **Psoriasis.** — 14. **Pityriasis pilaris.** — 15. **Xérodermie pilaire.** — 16. **Ichtyose.** — 17. **Pityriasis rubra de Hebra; Dermatite exfoliative; Erythème desquamatif récidivant; Erythème desquamatif mercuriel; Herpétide exfoliatrice de Bazin.** — 18. **Phthiriase.** — 19. **Gale.** — 20. **Pityriasis versicolore; Erythrasma; Piedra; Parasites de la sueur rouge.** — 21. **Trichophytie.** — 22. **Favus.** — 23. **Parasites des teignes** (par M. Berdal). — 24. **Pelade.** — 25. **Verrues; Végétations; Balano-postrite érosive de Berdal et Bataille.** — 26. **Chancre simple.** — 27. **Rhinosclérome; Actinomycose; Ladrerie; Filariose.** — 28. **Charbon; Pustule maligne; Morve.** — 29. **Tuberculides.** — 30. **Léprides.** — 31. **Syphilides.** — 32. **Mycosis fongoïde.** — 33. **Nævi.** — 34. **Tumeurs.** — 35. **Xanthoma.** — 36. **Sclérodermie.** — 37. **Aïnhum; Rétraction de l'aponévrose palmaire; Mal perforant; Hémiatrophie faciale; Asphyxie locale; Erythromélalgie.** — 38. **Kéloïde.** — 39. **Dyschromatoses.** — 40. **Eléphantiasis; Ulcères variqueux.** — 41. **Sueurs anormales.** — *Note* sur le traitement de l'**Impétigo** et de l'**Ecthyma.**

J'ai dit, et je répète que, par la forme et par le fond, ce traité est un livre d'enseignement, une série de « leçons de choses » dont l'adaptation au goût et au désir des praticiens et des élèves est tout à fait adéquate, ce qui, joint à sa valeur intrinsèque, en rend le succès certain. Mais je ne dissimulerai pas davantage que, malgré les réserves que quelques-uns de nos confrères en dermatologie feront peut-

être, comme moi, malgré les controverses qu'ils trouveront à soulever, il demeurera évident qu'il n'est pas mauvais pour une branche spéciale de la médecine qu'il intervienne quelquefois dans l'église orthodoxe un clinicien de médecine générale qui envisage les choses d'un peu haut, et qui dise franchement ce qu'il a vu et ce qu'il en pense. Si ce clinicien a du talent et l'esprit critique, tout le monde y gagne. C'est ici le cas. ERNEST BESNIER.

GERBER. — **Spätformen herediärerer Syphilis in den oberen Luftwegen.** *(Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie).* Broch. in-8° de 100 pages avec 12 dessins intercalés dans le texte. Wien, 1894, chez Braumüller.

L'auteur a réuni dans ce travail, au résultat de nombreuses et intéressantes observations personnelles sur les formes tardives de la syphilis héréditaire dans les voies aériennes supérieures, les opinions et les faits se rattachant à cette question qu'il a pu trouver dans la littérature syphiligraphique, pédiatrique et rhino-laryngologique. D'après les différentes données contenues dans cette monographie, il y a des affections hérédo-syphilitiques dans le nez, le pharynx et le larynx qui n'apparaissent que longtemps, souvent même des dizaines d'années après la naissance, soit chez des individus qui, dans la première enfance, présentaient déjà des symptômes de syphilis, soit chez ceux restés indemnes jusqu'à ce moment. Ces affections tardives surviennent de préférence à l'époque de la puberté ; elles sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Elles ont un caractère tertiaire. Pour le diagnostic de ces affections, l'auteur attache la plus grande importance à l'anamnèse, non seulement en ce qui concerne les antécédents des malades, mais aussi de leur famille. Il appelle l'attention sur les trois points suivants : 1° avortements de la mère ; 2° mortalité des enfants dans la famille ; 3° résidus de syphilis chez les frères et sœurs vivants ; en outre, état général du malade lui-même d'après les caractères indiqués par Fournier.

Gerber divise les affections du nez de la manière suivante : 1° rhinite hyperplasique (spécifique) — coryza spécifique ; 2° rhinite atrophiante (spécifique) — ozène ; 3° rhinite exulcérante (spécifique) — syphilis des fosses narines. A propos de la rhinite atrophiante fœtide, l'auteur est d'avis que, dans un grand nombre des cas qu'on a désignés sous le nom d'ozène genuine, on a affaire à de la syphilis héréditaire. L'ozène est souvent (particulièrement à l'époque de la puberté) l'unique expression de la syphilis héréditaire, peu importe que d'autres symptômes aient ou non précédé.

Des difformités dans l'aspect extérieur du nez accompagnent ou suivent souvent les processus hérédo-syphilitiques dans le nez : nez camard, nez en pince-nez, nez en forme de selle, nez en lorgnette.

Le siège de prédilection est la cloison nasale sur laquelle le processus peut survenir de dedans en dehors, du cartilage de l'os sur la muqueuse ; et vice-versâ.

Les affections hérédo-syphilitiques de la cavité buccale peuvent se

diviser de la façon suivante, formes précoces : a) érythème (évent. catarrhe syphilitique aigu ; b) plaques muqueuses ; formes tardives : a) infiltration gommeuse ; b) nodosités gommeuses proprement dites. Leur siège de prédilection est le voile du palais et tout particulièrement le milieu. Ces gommes se terminent souvent par une perforation ovalo-longitudinale et par des adhérences à la paroi postérieure du pharynx. On observe aussi des adhérences entre la base de la langue et la paroi pharyngienne postérieure.

Quant aux affections laryngiennes d'origine hérédo-syphilitique, l'auteur les divise également : 1° en formes précoces : a) érythème du larynx, évent. catarrhe syphilitique ; b) syphilide papuleuse ; 2° en formes tardives : a) infiltrat hyperplasique diffus ; b) infiltration gommeuse. Mais, comme dans la cavité buccale, on n'a le plus souvent affaire ici qu'aux états secondaires suivants : c) ulcère et désagrégation ; d) hyperplasies secondaires. Ces dernières, soit sous forme de tumeurs solitaires, partant le plus souvent des ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs, soit sous forme de granulations multiples diffuses, principalement sur l'épiglotte. Le siège de prédilection des affections du larynx est en général l'épiglotte où elles se manifestent très souvent sous l'aspect d'hyperplasie papillaire, polypoïde. D'ordinaire, la maladie envahit en même temps le larynx et la cavité buccale, souvent aussi le larynx, la cavité buccale et le nez, plus rarement une seule de ces régions. Ces affections débutent d'ordinaire d'une façon bénigne en apparence, souvent après un long temps d'arrêt elles prennent subitement un caractère malin. Le pronostic est beaucoup plus sérieux que dans les affections dues à la syphilis acquise. Il faut, au point de vue thérapeutique, agir rapidement et énergiquement; alors même que le diagnostic n'est pas encore absolument certain, il y a lieu de faire le traitement à titre d'épreuve.

L'ouvrage se termine par un index bibliographique très complet.

A. Doyon.

Jessner. — **Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis.** Dermatologische Studien. Broch. in-8°, chez L. Voss, 1893, Hamburg.

Selon l'auteur, quatre principes peuvent servir de base à la systématisation des maladies de la peau.

1° Le principe séméiologique, c'est-à-dire celui qui s'appuie sur la configuration extérieure, macroscopique des efflorescences élémentaires. Il est aujourd'hui abandonné. Les lésions primaires n'ont le plus souvent rien de spécifique en elles-mêmes.

2° Le principe nosologique basé sur le développement tout entier du processus, en tenant compte de son début, de sa marche et de ses suites. Ce principe repose plutôt sur des opinions généralement admises que sur une science approfondie.

3° Pour bon nombre d'auteurs, le principe étiologique est le principe de l'avenir. Mais, selon Jessner, il n'y a aucun avantage à établir des classes principales d'après les données.

D'après l'auteur, l'anatomo-pathologie peut seule servir de base exacte aux classes principales d'un système. Avec ce principe, on peut réunir les maladies véritablement voisines, et par la dénomination des groupes, il constitue un point de repère pour les modifications qu'on peut s'attendre à y trouver; il est de plus rigoureusement scientifique et pratique.

L'étiologie, la nosologie, etc..., ne peuvent être utilisées que pour les subdivisions.

La classification d'Hebra est anatomo-pathologique. L'auteur la tient pour juste dans son idée fondamentale. La meilleure preuve de la valeur de ce système, c'est que malgré son insuffisance, et malgré les nombreuses objections qu'il a soulevées, il occupe toujours la première place et n'a pu être remplacé par aucun autre.

Les anatomo-pathologistes ont objecté avec raison au système d'Hebra, que les anomalies de sécrétion comprennent les processus pathologiques les plus différents dans les glandes — ce qui est un point de vue purement anatomique. Les dermatoses nerveuses (XI) constituent un groupe étiologique, ainsi que les dermatoses parasitaires (XII). Ces deux classes ne sauraient trouver place dans une systématisation anatomo-pathologique. Par contre, Jessner fait remarquer qu'on a reproché à tort à Hebra d'avoir séparé les hyperhémies des inflammations, il faut maintenir cette séparation.

L'auteur dit ensuite quelques mots des dernières classifications, celle de Tommasoli et celle d'Auspitz. La première constitue un système rationnel, en ce sens qu'il n'y a ni groupes fondés sur l'étiologie, ni classes de dermatoses parasitaires et de dermatoses nerveuses; cependant, il ne répond pas complètement aux exigences de la science; sa base est la clinique, la séméiologie, c'est-à-dire la nosologie. Tommasoli ne donne pas d'indications sur la base scientifique des processus.

Quant au système d'Auspitz, malgré l'ingéniosité des détails, il ne saurait, selon l'auteur, être généralement admis dans son ensemble.

Une classification dermatologique durable ne saurait être nouvelle, elle doit représenter la classification d'Hebra, mais avec les perfectionnements dus aux progrès de la science. Jessner réduit à 6 les 12 classes instituées par Hebra :

1° *Anomalies fonctionnelles* (comprenant les anomalies de la sensibilité, de la motilité, de sécrétion);

2° *Anomalies de distribution du sang* (hyperhémies, anémies, œdèmes, hémorrhagies);

3° *Inflammations* (inflammations de la peau et du tissu sous-cutané, des glandes et des follicules, des ongles);

4° *Hypertrophies* (de l'épiderme, du tissu conjonctif, des glandes, des poils, des ongles, du pigment);

5° *Néoplasies*;

6° *Troubles de régression de la nutrition* (du derme et du tissu sous-cutané, des glandes, des ongles, du pigment).

Cette classification est passible des mêmes objections que celle d'Hebra; de plus, la constitution des classes 1 et 3 ne nous paraît pas justifiée.

A. Doyon.

P. Tommasoli. — **Ueber autotoxische Keratodermiten (Parakeratosen, Auspitz und Unna).** Dermatologische Studien. Broch. in-8°. Hambourg, chez L. Voss, 1893.

En tête de son mémoire l'auteur a placé le schème d'une nouvelle classification des maladies de la peau. La troisième classe est formée par les kératodermatoses qu'il subdivise en deux familles : 1° kératodermies ; 2° kératodermites.

Parmi les différentes dermatoses dans lesquelles on trouve des altérations de la couche cornée, il y a une série particulière de maladies chroniques de la peau, soit à récidives fréquentes, soit à marche continue, qui débutent par un processus inflammatoire plus ou moins prononcé des couches supérieures du derme et se terminent par une hyperproduction lente de l'épiderme, spécialement de la couche cornée (kératophorie).

Ces épidermopathies peuvent toutes participer sur le terrain clinique à un degré plus ou moins prononcé à différents autres caractères.

Au point de vue étiologique ces épidermopathies sont unies entre elles par une série de rapports et d'analogies impossibles à distinguer qui constituent pour ainsi dire un caractère commun.

De ces trois faits il ressort une première conclusion nosologique, à savoir que ces épidermopathies qui ont entre elles de nombreux points de contact anatomo-pathologiques, cliniques, même étiologiques, forment une grande famille morbide étroitement unie.

L'auteur désigne cette nouvelle classe de dermatoses sous le nom spécial de kératodermites.

Dans cette classe il range les kératonoses d'Auspitz ; toutes les dermatoses de cause inconnue qu'Unna y a ajoutées en modifiant la famille des parakératoses : le comédon, le lichen des scrofuleux et le lichen simple chronique de Vidal, les différentes variétés de kératomes des membres, en y comprenant l'hyperkératose sous-unguéale de H. v. Hebra, la parakératose scutulaire d'Unna et les herpétides exfoliatrices de Bazin.

Toutes les kératodermites, probablement de cause interne ou mixte, que l'auteur admet font incontestablement partie de cette grande classe.

Toutes les kératodermites, typiques ou paratypiques, ainsi que leurs équivalents morbides graves, et toutes les autres épidermopathies voisines — mais non comprises dans le groupe des kératodermites de cause externe — ne sont suffisamment expliquées ni par la théorie parasitaire ni par la théorie nerveuse.

La seule voie pour interpréter d'une façon satisfaisante toute la famille des kératodermites est de revenir à l'ancienne notion des sucs morbides.

Elle permet de ranger ces kératodermites parmi les maladies provenant de troubles de nutrition et d'admettre pour ces affections des substances toxiques spéciales formées dans l'organisme et de ce même organisme, substances dont l'organisme cherche constamment à se débarrasser et qui l'atteignent spécialement dans ses organes excrétoires.

Par conséquent l'auteur complète de la façon suivante la dénomination de la nouvelle famille des épidermopathies qu'il a créées : Kératodermites

par suite du trouble des mutations organiques ou, ce qui est préférable, kératodermites autotoxiques.

Il n'est pas encore possible de donner une seule des formules chimiques de ces auto-intoxications qui ont pour résultat final une kératophorie ; elles doivent être très variables, et par conséquent il est impossible à l'auteur de fournir une preuve certaine de la justesse de sa théorie. Si les toxines kératophores existent, comme on est autorisé à le croire, il est permis d'admettre que ces toxines autogènes — autotoxines — provenant d'un trouble organique général héréditaire, congénital ou acquis, ne doivent être ni similaires ni spécifiques et qu'elles possèdent constamment par elles-mêmes une activité torpide et douce de nature morbide.

A. Doyon.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA DERMATOSE DE UNNA

(ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE)

Par **Ch. Audry,**

chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine de Toulouse.

I. — Généralités

Ce n'est point pour créer une nouvelle dénomination que, il y a un an environ (1), nous avons proposé de désigner ainsi la dermatose généralement connue jusqu'ici sous le nom *d'eczéma séborrhéique.* A l'exemple des plus autorisés, nous n'avons jamais cessé d'être pénétré de la nécessité où l'on est d'apporter enfin un peu d'analyse dans un groupe d'affections très diverses agglomérées fort arbitrairement. D'autre part, nous ne possédons pas les éléments suffisants pour définir en un mot la maladie dont il s'agit, et je dois dire que, si l'on a proposé un assez grand nombre de noms, aucun n'est acceptable à l'heure actuelle. Provisoirement, au moins, il paraît assez juste de la désigner par celui de l'auteur qui a le plus contribué à nous la faire connaître.

Il n'y a pas lieu d'agiter ici en détail la question très complexe des eczémas ; cependant il n'est pas possible de considérer sans protestations l'extraordinaire confusion où se débattent encore les dermatologistes, gênés par l'influence de la tradition de l'école, des écoles plutôt, et aussi un peu trop étrangers aux habitudes de critique. Si l'on parcourt les livres classiques, les plus autorisés mêmes, et les plus récents, on y voit à merveille l'embarras de l'auteur qui se croit obligé de faire rentrer dans un cadre inextensible des faits d'ordre différent: le chapitre de l'eczéma est comme le lit de Procuste ; mais on a beau couper sur les bords, les faits débordent et le cadre éclate de tous côtés.

Dans les pays de langue anglaise, et en France où depuis longtemps l'influence impérative de Bazin a cessé de s'exercer, l'affranchissement est assez avancé. Cependant beaucoup souffrent encore de l'action si puissante exercée par Hebra l'ancien. En Allemagne, on n'a

(1) Formes aiguës de la maladie de Unna. *Midi médical*, 1893.

pas encore pu s'en dégager. Cependant le fait même de s'obstiner à classer les dermatoses d'après des données anatomiques purement négatives, une synthèse exagérée, le respect profond de l'enseignement du maître sont choses tout à fait évidentes : on n'a qu'à se reporter au récent rapport de Neisser longuement analysé dans ces Annales par M. Doyon. Même M. Unna ne semble peut-être pas y avoir complètement échappé; n'est-ce point pour cela qu'il ne s'est pas décidé à déchirer la page de l'eczéma, mais qu'il a préféré y ajouter les notions nouvelles qu'il s'est faites ? Cependant lui et ses élèves ont porté des coups terribles à l'école de Vienne, et cela en la suivant sur son propre terrain (1), et nous en profitons. Mais peut-être serait-il bon que Hebra sorte de l'école pour entrer dans l'histoire.

Malgré tout, la dissection de l'eczéma est commencée et se poursuit de tous côtés. Je rappelle les travaux de Bulkley sur les dermatites artificielles, la classification si précise donnée par Leloir au Congrès de Berlin. Cependant l'eczéma préoccupe encore M. Brocq. Quant aux notes de MM. Besnier et Doyon, pareilles à l'accompagnement de la chanson de don Juan, il semble qu'elles soient le plus redoutable réquisitoire dressé contre l'enseignement viennois. Est-il hasardé de penser que la pensée de M. Besnier n'a pas été sans se modifier profondément depuis l'époque où M. Deligny soutint sa thèse ?

Que conclure de ce qui précède ? cela simplement qu'il ne faut reconnaître qu'une signification très secondaire du terme et de la notion de l'eczéma. On en a distrait les toxicodermies de toutes espèces, des dermites staphylococciques, streptococciques, etc., etc. La dermatose de Unna doit l'être au même titre, et aussi énergiquement. En d'autres termes, on ne peut l'appeler un *eczéma* puisque le mot d'*eczéma* semble dépourvu de sens réel. Car la morphologie des dermatoses n'a plus qu'une importance très relative. Le temps nous apprendra à quels cas déterminés il faudra réserver cette dénomination, qui ne retrouvera une signification que lorsqu'elle sera réservée. En attendant, on pourrait peut-être lui attribuer une valeur purement anatomique servant à classer et non à définir les faits qu'elle englobe ; c'est bien ce que semble rechercher le maître de l'école de Hambourg. Peut-être cet effort sera-t-il un peu incertain, et d'utilité contestée ; à coup sûr, il ne contribuera pas à éclaircir la question.

Il n'y a pas lieu, peut-être, de regretter davantage le terme de *séborrhéique* que le nom d'eczéma. Si l'on a suivi avec le soin qu'elle méritait, la série des travaux de P. Unna relativement à la question qui nous occupe, on a vu qu'au début il cherchait manifestement à donner à sa conception clinique, alors un peu indécise, une base posi-

(1) Cf. KULITSCH. *Monatsh. für prakt. derm.*, 1893. La lésion anatomique des dermatites artificielles eczématiformes les sépare de l'eczéma même.

tive qu'il crut devoir trouver dans la physiologie. D'abord, il ne pouvait manquer d'être frappé de la coexistence habituelle des productions farineuses, pityriasiformes et de l'apparence graisseuse du tégument avec l'eczéma séborrhéique tel qu'il le décrivait. D'autre part, tous ces phénomènes étaient et sont encore souvent interprétés comme des manifestations de séborrhée (séborrhée n'est pas synonyme d'hyperstéatose). Étudiant le type des lésions de ce genre, l'alopécie pityrode de Pincus, Unna constate après Malassez que l'état des glandes sébacées ne permettait pas d'admettre en pareil cas qu'elles eussent la responsabilité de l'accident. La nature grasse des débris pityriasiformes paraissant hors de doute, ainsi que l'existence de lésions inflammatoires sur le cuir chevelu atteint de la sorte, Unna en conclut qu'il fallait accuser les sudoripares, et il en a donné une série de preuves qui montrent qu'en effet, on peut trouver de la graisse dans la sueur, et tout du moins en dehors des sébacées. Cependant, nous verrons que si ces constatations sont importantes, aussi bien que celles de l'infiltration graisseuse de l'épithélium cutané (examiné après l'action de l'osmium), elles sont à la fois inconstantes et insuffisantes.

On constate parfois la nature séborrhéique des produits pityriasiformes ; on a même dit que la graisse se trouvait diminuée d'abondance au niveau des plaques sternales d'eczéma séborrhéiques.

Au reste, non seulement la séborrhée peut être absente, mais encore l'existence de phénomènes inflammatoires larvés ou patents combinés avec une séborrhée probable ou certaine, n'est nullement, à mon avis, suffisante pour que l'on puisse considérer la lésion qui en résulte comme appartenant à la dermatose de Unna telle que nous la concevons.

En ce qui touche la séborrhée du cuir chevelu accompagnée d'alopécie progressive et définitive, de l'alopécie pityrode, la maladie de Pincus, je pense qu'elle n'a nullement avec l'eczéma les rapports étroits qu'Unna et Vidal lui ont reconnus. Beaucoup d'excellents esprits se refusent plus ou moins catégoriquement à cette assimilation. Je me contente de renvoyer le lecteur aux notes que MM. Besnier et Doyon ont annexées à leur traduction de Kaposi (2e édition), et au livre de M. Brocq. En effet, d'une part, il m'a toujours paru que la dermatose de Unna nettement confirmée était étrangère aux processus d'alopécie : 3 fois seulement (cheveux, cils), je l'ai vue amener la chute des poils et cela d'une manière tout à fait différente de ce qui se passe dans l'alopécie pityrode ; nous reviendrons sur ce point. Je pense, en effet, que l'existence de phénomènes inflammatoires bien appréciables est nécessaire pour que l'on puisse porter le diagnostic de dermatose de Unna : les lésions d'infiltration embryonnaire que l'histologie a fait constater à Malassez et à Unna dans la maladie de

Pincus sont insuffisantes à ce point de vue. On ne s'étonnera donc pas si nous omettons tout ce qui regarde la séborrhée simple ou alopécique du cuir chevelu, aussi bien que les desquamations pityriasiformes qu'on observe indépendamment de toute lésion inflammatoire fixe et caractérisée.

D'autre part, ainsi que nous l'avons dit déjà, la combinaison d'une séborrhée plus ou moins prononcée avec des stigmates d'inflammation banale ne suffit pas davantage pour permettre d'affirmer l'existence de la dermatose de Unna : je ne considère nullement, par exemple, comme lui appartenant, tous les érythèmes plus ou moins diffus qui accompagnent souvent l'hyperstéatose des ailes du nez. Le fait même qu'on les voit survenir avec prédilection chez les syphiliques (les femmes en particulier), fait sur lequel ont insisté Unna même, et plus tard M. Leloir et ses élèves, est à mon avis une preuve catégorique du fait : une syphilide peut être modifiée dans son apparence par sa localisation sur le tégument; mais elle ne cesse pas d'être une syphilide, rien qu'une syphilide, et non un accident de l'eczéma séborrhéique. En y regardant de près, on constatera souvent des détails d'apparence tels que l'on pourra dans la plupart de ces cas, relativement obscurs au point de vue clinique, arriver à préciser son jugement; en tous cas, l'évolution permettra presque toujours d'éviter la confusion.

Nous arrêterons ici ces quelques considérations préliminaires ; elles n'ont pas eu pour but de discuter à fond soit l'eczéma, soit la séborrhée ; elles nous ont seulement permis d'indiquer la préoccupation qui fut la raison d'être de ce travail : celle de montrer dans la dermatose de Unna une entité clinique circonscrite, authentique, indépendante aussi bien de l'eczéma que de la séborrhée, sauf au point de vue de la physiologie et peut-être de l'anatomie pathologique. C'est un point sur lequel nous ne cesserons pas d'insister tout en essayant de réunir dans un exposé aussi bref qu'élémentaire les grands traits de la maladie.

II. — Historique. Bibliographie

Que des cas appartenant à la dermatose de Unna aient été vus, traités et même décrits de tout temps ou au moins dès longtemps, cela ne fait aucun doute. Mais cela ne diminue en rien l'importance du service considérable rendu à la dermatologie contemporaine par le maître de Hambourg.

On retrouve des documents d'ailleurs mal formulés parmi les notions que Hebra a fournies jadis et qui ont longtemps été la base de l'étude des séborrhées. Les dermatologistes de la grande école française, Biett, Devergie, Gibert donnent des pityriasis, et des lésions inflammatoires du cuir chevelu des descriptions où il n'est pas

toujours facile de démêler exactement ce qui revient aux différentes mycoses, aux folliculites, à l'alopécie pityrode, à la séborrhée, à la dermatose de Unna, mais où il est facile de retrouver quelques traits certains de cette dernière. Personne mieux que Rayer n'a le droit d'être compté parmi les précurseurs des données actuelles quand il a indiqué les rapports qu'on peut si bien constater entre le pityriasis du cuir chevelu et certaines poussées eczématiformes de cette région qui rentraient évidemment dans notre cadre. Erasmus Wilson a positivement décrit les efflorescences sternales typiques qu'il considérait comme formant son lichen circinatus. Enfin, Vidal, E. Besnier connaissaient, décrivaient, faisaient figurer ces mêmes formes élémentaires et les considéraient comme appartenant à l'eczéma, tandis que Duhring les signalait également en tant qu'accident séborrhéique.

Cependant, c'est surtout depuis 1887, date des premières publications de Unna sur ce sujet, que la question a pris une importance et une consistance nouvelles. Il n'est pas sans intérêt de rechercher les étapes successives qu'il a parcourues et le point où il s'est momentanément arrêté (1). Sauf erreur de notre part, erreur d'ailleurs excusable, semble-t-il, il semble bien que le point de départ de Unna doive être cherché dans l'observation clinique qui lui permit d'établir des types différents parmi les eczémas. Les accidents et les lésions qu'il avait eus affectaient avec le syndrome séborrhée d'Hebra des rapports qui obligèrent Unna à les rapprocher. Du reste, se dégageant partiellement de l'école de Vienne, il commenca par essayer de fournir une base physiologique à sa conception nouvelle, et il pensa trouver dans la fonction stéatipare des sudoripares l'origine de ces accidents séborrhéiques dont il enlevait le privilège aux glandes sébacées. Cependant, il faut bien considérer actuellement qu'en réalité c'est le tégument tout entier qui est frappé d'hyperstéatose (E. Besnier et Doyon). Les préparations mêmes de Unna par la méthode de l'osmium ne faisaient et ne font que confirmer ce fait. On n'est pas autorisé, à mon sens, à voir dans une anomalie sudoripare la seule cause de cette hyperstéatose. Du reste, un tel point d'appui ne pouvait servir qu'à établir la pathogénie de la maladie, et ne la définissait en aucune manière, il était donc très naturel que Unna désirât se procurer un point de départ plus solide, et il le chercha dans l'anatomie pathologique, d'où la série de ses études importantes sur les parakératoses. Mais un tel criterium, satisfaisant pour le temps de Cruveilhier et de Rokitansky, était insuffisant pour le moment actuel; et dès ce temps, Unna a été

(1) Il faut se reporter aux publications mêmes de Unna, car il n'est nullement l'inspirateur de l'article que Philippson a fait paraître dans ce même journal (1893) sur l'eczema seborrhoicum et qu'il désavoue énergiquement. Je renvoie au fascicule des *Annales* de mai 1894.

fortement préoccupé de découvrir une donnée *étiologique* absolue dans la recherche du parasite ou des parasites microbiens ou autres ; c'est de là qu'est sorti l'ensemble de ses dernières publications sur les flachsenbacilles, les morococci, et sur la chimiotaxie. Nous verrons ce que l'on peut conclure de cette dernière série. Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, Unna hésite encore à dissocier l'entité morbide qu'il a réellement créée d'avec l'espèce eczéma. Peut-être l'observation clinique pure est-elle le meilleur moyen d'y parvenir, et de considérer l'eczématisation, simple expression anatomique, comme un épiphénomène d'importance secondaire survenu au cours de la dermatose que nous étudions, ainsi qu'elle peut vraisemblablement se produire à la surface de bon nombre de lésions superficielles de nature complètement différente. C'est de cette manière qu'on est parvenu à disjoindre d'avec le psoriasis bien des cas qu'on lui attribuait jadis, souvent avec quelques hésitations en raison de leurs allures paradoxales, et qui n'ont de commun avec lui qu'une modalité plus ou moins éphémère d'accidents éruptifs.

Au reste, dès le début, quelques auteurs, Brooke entre autres, paraissent avoir été très portés à isoler assez complètement ce qu'ils reconnaissaient comme l'eczéma séborrhéique de Unna. Quoi qu'il en soit, il y a encore bien des hésitations. Il est facile de s'en rendre compte, en lisant les articles sur la séborrhée de M. Brocq ; mais peut-être ce dernier auteur attache-t-il, à notre avis bien entendu, une importance trop considérable à la séborrhée, et reste-t-il trop exactement impressionné par l'opinion ancienne de Unna. Enfin rien n'est aussi intéressant à lire que les notes consacrées à l'eczéma séborrhéique par E. Besnier et Doyon. Ici, c'est l'eczéma qui semble occuper le premier plan ; mais la cause doit en être cherchée dans le texte même de Kaposi. N'ont-ils pas écrit ces lignes : « Il faut déclarer clairement que ce que l'on appelle eczéma est tantôt une lésion irritative simple, d'origine banale, tantôt un état pathologique constitué évoluant à la faveur de conditions individuelles, mais provoqué et entretenu par des éléments morbides extrinsèques, parasitaires ; tantôt enfin une maladie proprement dite, liée à des conditions morbides intrinsèques. » Ces lignes peuvent être considérées comme le point de départ et le résultat du travail ; si l'on parcourt dans ces Annales la longue analyse que Doyon a donnée du récent rapport de Neisser sur la question, on pourra facilement mesurer la profondeur de l'abîme qui sépare la manière de voir des auteurs français de la tradition viennoise.

On trouvera l'expression de la pensée actuelle de Unna dans son article du *Volkmann's Sammlung*, n° 79, septembre 1893. Grâce à l'exquise obligeance du maître de Hambourg, j'ai pu parcourir les épreuves du livre qu'il a consacré à l'histopathologie de la peau et

qui est en cours d'apparition. De plus, M. Unna a bien voulu me mettre à même de voir quelques-unes de ses très belles préparations histologiques.

Enfin, M. Darier m'a confié des coupes de plusieurs cas d'eczéma séborrhéique, et j'ai mis largement à contribution sa compétence et son affabilité.

Nous avons jugé convenable de faire d'abord la description symptomatique de la dermatose en question. Nous nous sommes, pour cela, appuyé à peu près uniquement sur notre expérience personnelle; on verra qu'elle concorde presque complètement avec des notions déjà familières à tous les dermatologistes, sinon à tous les médecins. Nous avons agi de même en ce qui touche l'anatomie pathologique. Sur l'expérimentation et l'étiologie, nous nous sommes contenté de résumer les faits actuellement acquis, tous ou presque tous issus des recherches de Unna. Dans tous les cas, nous avons fait notre possible pour être aussi « simpliste » que possible. On voudra donc bien être indulgent pour les erreurs qu'une telle recherche doit nécessairement engendrer, mais qui aura peut-être l'avantage de faciliter la compréhension des faits (1).

III. — Étude clinique

Nous étudierons séparément les formes chroniques, normales pour ainsi dire, de la dermatose de Unna et ses formes aiguës.

1° *Formes chroniques.*

Manifestations élémentaires. La tache. — La dermatose de Unna ne possède pas d'élément absolument caractéristique; du reste, l'importance de la lésion élémentaire est bien déchue, semble-t-il; dans les cas douteux, il faut se fier à l'ensemble des caractères objectifs, et aux renseignements que nous pouvons acquérir sur l'évolution. C'est surtout pour faciliter la description que nous suivons la méthode ancienne, décrivant une lésion fondamentale et montrant ses transformations.

Le caractère clinique essentiel de la dermatose de Unna est l'exis-

(1) Cf.: La série des publications de Unna généralement résumées avec soin dans les *Annales*; surtout l'article du maître dans le *Volkmann's Sammlung* et son histopathologie. Les livres classiques de Duhring, Brocq, l'édition française de Kaposi (Besnier et Doyon), Elliott. (*Annales de Dermatologie*, 1892-1894.)

Les comptes rendus de la Société française de dermatologie (Vidal, Besnier, Hallopeau), etc., etc.

L'article de Unna a été traduit par son élève Hodara dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1894, et longuement analysé par Doyon dans ce même recueil (mai 1894).

tence d'une lésion inflammatoire fixe. C'est donc d'abord la rougeur qui apparaît, plus ou moins modifiée suivant les cas. Généralement, elle se manifeste à la surface d'un tégument antérieurement anormal, présentant soit un état brillant, graisseux, de l'épiderme, soit une desquamation pityriasiforme qui traduit également un degré variable d'hyperstéatose préalable. Quelquefois, la peau ambiante est tout à fait normale?

Inutile d'ajouter que l'état séborrhéique le plus accusé ne suffit pas à constituer la maladie ; il faut en effet constater des stigmates d'inflammation cliniquement appréciables, fixes ; du reste, cette inflammation présente dans sa manière d'être, et surtout dans sa façon d'évoluer des caractères qui ne doivent pas permettre de confondre avec elle tous les érythèmes susceptibles de se greffer sur un tégument hyperstéatosé : séborrhéide inflammatoire ne doit pas être pris pour synonyme de l'ancien eczéma séborrhéique (1). C'est donc la rougeur qui est le premier signe de la dermatose de Unna; elle apparaît sous forme de tache fine et persistante, capable de se modifier dans sa forme, sa couleur, etc. Les taches sont petites au début; on les découvre parfois réduites à la dimension d'une forte tête d'épingle, disséminées sans ordre sur le cuir chevelu, la peau de la région présternale, etc. ; du reste il n'est pas très fréquent de les rencontrer aussi peu accusées ; elles sont arrondies, faiblement limitées ; elles n'offrent pas d'autre caractère particulier que leur couleur rouge tirant sur le jaune ou brun fauve, et un éclat plus ou moins brillant qui peut manquer. Il y a peu ou point d'infiltration ou de saillie : la lésion est tout à fait superficielle. En général, elle s'accompagne de démangeaisons d'une intensité moyenne ; au reste, elles peuvent apparaître, s'installer et s'étendre sans entraîner le moindre prurit et sans éveiller l'attention des porteurs.

La tache n'est pas toujours à sa période d'état, d'activité, quand on l'observe : on constate quelquefois simplement l'existence de macules jaunâtres, brunes, qui semblent être le résidu des précédentes, et chez lesquelles les symptômes d'inflammation franche ont disparu ou se dissimulent. Il est peu fréquent que les taches soient entourées d'une zone érythémateuse; en général, elles s'insèrent sur un épiderme sain. Quant à celui qui revêt la lésion elle-même, tantôt il est uniforme; tantôt il présente un peu de desquamation lamelleuse, fine, blanche, pityriasiforme ; tantôt, enfin, il se recouvre d'un exsudat, brun, mince, adhérent, sec, sale.

(1) Unna distingue les formes élémentaires simples et les synanthèmes constitués par la réunion de plusieurs éléments. Les premières sont : coloration jaune de la peau, taches hyperhémiques, taches squameuses, pityriasis. Les secondes comprennent: type circonscrit, type pétaloïde, type nummulaire, type annulaire, type concret (concrétions grasses sur une base inflammatoire). *Cf.* la trad. donnée par Doyon.

Plus rarement, la lésion affecte une forme importante, et parfois difficile à reconnaître : celle d'une papule psoriasiforme ; la tache devient un peu saillante et un peu infiltrée; petite, assez bien limitée dans les contours qui la séparent de la peau ambiante, elle se recouvre de squames blanches, brillantes, nacrées même, très adhérentes ; elles se détachent sous l'ongle, et laissent une surface rose fauve, lisse, brillante, qui d'ordinaire ne saigne pas, et, d'autre part, n'a pas tout à fait l'aspect finement chagriné de la papule psoriasique.

Les localisations sont, chose singulière, les mêmes que celles du psoriasis, car on les voit surtout au niveau des coudes et des genoux, dans le sens de l'extension ; mais elles y sont peu nombreuses, peu étendues, et ne forment à peu près jamais de vrais placards. Je n'ai rencontré de lésions pouvant tout à fait se rapprocher des psoriasis en placard, qu'une seule fois, au-devant de la rotule d'un homme qui offrait des lésions typiques du scrotum. Évidemment, en pareil cas, c'est surtout l'examen de l'ensemble du malade et les renseignements fournis sur l'évolution qui permettront de différencier la dermatose de Unna d'avec le psoriasis : l'absence du signe d'Auspitz est insuffisante.

A un degré de développement un peu plus avancé les taches s'étendent, s'agminent par les bords, et arrivent à constituer des surfaces qui conservent l'apparence générale, la couleur d'un rose fauve, presque jaune au centre, et les mêmes modifications luisantes ou pityriasiques. Les phénomènes érythémateux ont leur maximum sur les bords qui s'insèrent sur la peau saine où ils tracent des dessins plus ou moins élégants et serpigineux. Plus rarement, on note au pourtour un érythème rose, peu intense, diffus, qui rend moins précises les limites ordinairement si nettes de la lésion ; nulle part cette modalité ne se voit mieux qu'aux sourcils et autour des ailes du nez.

La plaque. — La modification principale, presque unique, qui, à nos yeux, distingue la plaque de la tache, réside dans l'existence d'un certain degré d'infiltration se traduisant par un relief de l'efflorescence.

C'est sur le rebord de cette dernière qu'on constate cette saillie. C'est sur la région présternale que la plaque atteint son développement le plus élégant et le plus typique (lichen circiné de Wilson). Elle est alors constituée par une zone marginale rosée, peu élevée, mais brusquement, sur la peau saine, se dégradant au contraire vers le centre qui a une coloration brune ou fauve ; si la plaque est très étendue, le tégument central semble revenu à l'état normal. L'épiderme est graisseux, terne ou brillant, ou pityriasique, ou recouvert de squames friables, d'aspect sale.

Quand les plaques se rencontrent, elles se fondent en des dessins serpigineux élégants. Quelquefois, au cuir chevelu surtout, l'activité

du processus inflammatoire se manifeste uniquement sur les bords présentés par un relief rosé, un bourrelet à peu près aussi saillant sur le centre de l'ancienne plaque que sur la peau saine. C'est ainsi que se constitue la couronne séborrhéique (Unna) à l'état le plus rudimentaire et le plus élégant.

J'ai rencontré une seule fois, chez un homme de 50 ans, une série d'efflorescences en placards, qui aboutissaient à une lésion que je n'ai pas trouvée décrite ; à côté des taches et des plaques circinées les plus caractéristiques, il existait dans la région dorsale, et surtout au niveau de la région lombo-sacrée quelques plaques revêtues d'une sorte de croûte très blanche, fine, rugueuse, ichtyosiforme, comme papillomateuse, très sèche, et tellement adhérente qu'il fut impossible d'en rien détacher avec l'ongle ; elles ressemblaient à des plaques de lichen corné, mais elles étaient entourées d'un liséré fauve, et il était facile de suivre la dégradation du phénomène vrai, grâce à la présence d'autres placards, où cette apparence singulière se modifiait progressivement pour aboutir à une simple plaque banale fortement pityriasique. A mon grand regret, je n'ai pas pu exciser de fragment ; les lésions dataient de plusieurs années, et n'avaient jamais été prurigineuses.

Sur les membres et le tronc, les localisations de la dermatose de Unna arrivent à constituer de vastes placards croûteux dont l'aspect se rapproche de plus en plus de celui de l'eczéma chronique traditionnel. Leur distribution est tout à fait irrégulière. Ce sont des surfaces plus ou moins étendues, d'un rouge fauve sur les bords, revêtues de squames blanches, fendillées, sèches, adhérentes ; souvent la zone limite est elle-même recouverte par les squames croûteuses. En général, l'infiltration sous-épithéliale est très peu prononcée, et, sauf accidents inflammatoires, on ne note pas d'épaississement de la peau. Ces placards peuvent devenir vastes, mais jamais ils ne s'étendent à tout un membre ; ils sont peu fréquents sur les cuisses ; on les observe surtout au pourtour des jambes, sur les bras, les avant-bras, les mains. Les contours en sont nets, souvent dessinés élégamment, serpigineux, comparables à de très anciennes trichophyties, ou à certaines syphilides. Enfin, l'existence du prurit n'a rien de caractéristique, car il manque souvent complètement, surtout à la période adulte de la lésion.

2° *Complications ; formes aiguës.*

Les allures de la dermatose de Unna telle que nous venons de la décrire, sont susceptibles d'être profondément modifiées ; elle peut s'accompagner d'accidents d'exsudation, de tuméfaction, de suppurations qui en font une dermatite eczématiforme ou impétigineuse suivant que le suintement est plus ou moins séreux, plus ou moins purulent, etc. Dans tous les cas, de notre avis, ces phénomènes semblent

être dus à des infections secondaires variées (morocoques, staphylocoques et streptocoques, etc.) dans leur essence et dans leurs résultats.

Nous pouvons les catégoriser ainsi :

1. Formes érythémato-vésiculeuses.
2. Formes impétigineuses et croûteuses.
3. Érythrodermies.

I. *Formes érythémato-vésiculeuses.* — Dans l'espace de quelques heures, et sous l'influence de causes occasionnelles quelconques (froid, écart de régime, irritation externe, etc.), on voit se produire un érythème plus ou moins étendu. Il est d'un rouge vif, carminé, prononcé surtout du bord, presque comparable à quelques bourrelets d'érysipèle ; l'œdème est peu prononcé ; mais l'infiltration est assez intense ; la peau est tendue ; le plus souvent la limite de la surface est nettement indiquée, quelquefois entourée de quelques élevures papuleuses et nullement caractérisées. Au pourtour de la limite et un peu en dedans, il existe un cercle de fines vésicules brillantes, contenant un liquide jaunâtre qui se concrète bientôt en une substance grasse dorée, souvent comparée à du miel. Jamais on n'y voit de pus ; les papules sont rares et éphémères ; c'est à peine si l'on peut dire qu'il existe un suintement très passager, et on ne peut le comparer à l'exsudation des eczémas aigus vrais de la face. Ces poussées aiguës ont presque toujours pour centre et pour point de départ la région auriculo-temporale ou les ailes du nez. Sur les membres et le tronc, l'apparence change un peu, l'infiltration est plus intense ; sur un placard étendu, une poussée aiguë peut n'être que partielle, gênée dans son expression par les squames, et moins riche en productions d'aspect gras.

A côté de ces faits, il en existe d'autres peut-être encore plus nombreux, et dont la signification est encore douteuse à nos yeux ; nous voulons parler des dermatites très superficielles, très aiguës qui s'accompagnent de croûtes méliceriques très épaisses, avec suppuration, correspondant ainsi exactement à l'impétigo des anciens. Le caractère superficiel de la lésion, l'élégance du dessin des bords des plaques, leur localisation ordinaire périnasale, périsourcilière, sont autant de raisons qui permettent d'y voir une modalité particulière de la dermatose de Unna ; mais leur marche, et l'impuissance radicale du soufre dans leur traitement, laisse un doute dans notre esprit. Évidemment, la séborrhée joue un rôle capital dans leur origine, et modifie profondément leur physionomie clinique ; mais il reste à se demander si ce ne sont pas des séborrhéides érythémateuses exsudatives indépendantes de la dermatose de Unna. Quant à savoir la part que prennent les agents extérieurs, et en particulier les morococci dans leur genèse, les documents nous manquent pour le moment.

Cependant, je dois le dire, je doute que tous « les eczémas séborrhéiques » de l'enfant tels que Unna lui-même les a admirablement décrits fassent réellement partie du cadre de sa maladie. Même chez l'enfant, il nous a toujours paru qu'elle conservait volontiers des caractères typiques qui permettaient de la différencier d'avec bon nombre des dermatites eczématiformes de la face développées chez des séborrhéiques.

II. *Formes impétigineuses et croûteuses.* — C'est l'apparition du pus et de croûtes graisseuses et infectées qui les distingue, et elles comprennent la plus grande partie des cas que l'on observe chez les jeunes enfants. Ce sont donc des cas très adultérés dans leur physionomie par l'adjonction de phénomènes secondaires dus évidemment à des agents surajoutés : cela est grossièrement démontré par le fait que la présence des poux joue souvent un rôle efficace dans la production de lésions de ce genre. On retrouve du reste fort bien ces formes chez l'adulte. Dans tous les cas, on sera frappé de la ressemblance considérable qu'on relèvera entre les malades qui se présentent la face couverte de croûtes grasses, sales, noirâtres, imbibées de pus, et ceux qui offrent simplement une abondante production de squames blanches, pityriasiformes avec un peu de suintement et de la rougeur, etc., mais à la condition d'avoir soigneusement décapé le tégument et fait disparaître les accidents manifestement dus à des cocci pyogènes greffés de seconde main.

En résumé, et le lecteur a certainement relevé ce point faible, nous savons bien comment on peut et on doit distinguer les poussées aiguës qui semblent relever de la dermatose de Unna d'avec celles des eczémas aigus types, les dermatites toxiques, etc.; mais il nous est beaucoup plus malaisé d'indiquer les limites respectives qui séparent la maladie dont nous nous occupons des différentes formes d'impétigos (1), d'eczémas impétigineux, de séborrhéides infectieuses, etc. Peut-être ne sera-t-il jamais possible de les indiquer positivement, par la raison que ces différents accidents se confondent tous les uns avec les autres par un ou plusieurs de leurs côtés.

III. *Érythrodermies.* — Il n'est pas très rare de rencontrer des malades peu soigneux qui présentent des lésions de dermatose de Unna extrêmement étendues et accompagnées de phénomènes aigus assez intenses. On trouve alors de vastes surfaces de peau envahies par une rougeur vive, carminée sur les bords, fauve ou jaunâtre au centre; les limites en sont toujours nettement indiquées. Leur point de départ est dans un des points d'élection ordinaire; c'est pourquoi la face, le cou, la poitrine en sont le siège le plus fréquent. Jamais, du

(1) Impétigo est pris dans son sens ancien, et non dans celui de suppuration épidermique, de maladie de Bockart.

reste, les régions ne sont prises en nappe, il persiste des surfaces de réserve, et l'on n'éprouve pas de grandes difficultés à reconnaître le facies habituel à la maladie. Ce ne sont pas ces faits que nous rangeons pour la dénomination d'érythrodermies.

Les érythrodermies qui résultent de l'extension et du développement extrême de la dermatose de Unna sont beaucoup plus difficiles à diagnostiquer, du moins au premier abord. J'en possède au moins une belle observation, dans laquelle je fus éclairé uniquement par ce fait que, plusieurs mois auparavant, j'avais soigné la malade pour une poussée tout à fait typique ; j'en ai pu suivre l'évolution pendant un temps suffisamment prolongé. En pareil cas, les symptômes sont d'abord la rougeur vive, rose ou fauve, étendue à la presque totalité du corps, et en nappe ininterrompue ; cette rougeur disparaît sous la pression de la lame de verre en laissant la couleur jaunâtre des érythèmes anciens et très prononcés.

Elle s'accompagne d'une infiltration très prononcée, tenace, résistante, amenant un épaississement notable des plis de la peau dont les sillons et les stries normaux sont également approfondis. Il y a peu de véritables croûtes et de suintement, sauf aux points où les téguments sont en contact les uns avec les autres. En revanche, on note une desquamation blanche, pityriasiforme, adhérente, abondante; ces squames se reproduisent vite quand le bain ou tout autre moyen les a détachées. En un mot, ce sont évidemment ces cas que Unna a désignés quand il parle de pytiriasis rubra séborrhéique ; mais je ne crois pas qu'il faille employer cette dénomination qui pourrait contribuer encore à obscurcir la question encore obscure des érythrodermies.

En pareil cas, il existe un prurit intense, tenace, inaccoutumé; de plus la malade présente une persistance, une résistance au traitement qui est bien rare quand on se trouve avoir affaire à l'une quelconque des formes de dermatose d'Unna. Il est évident que les renseignements fournis par l'examen antérieur du malade sont des plus précieux : le fait que l'érythrodermie marche de haut en bas, partant de la face et du cuir chevelu, est très généralement exact et des plus précieux (Unna). Pour moi, je ne l'ai pas encore rencontrée étendue à la totalité du tégument : dans les cas les plus prononcés, elle ne dépassait pas la moitié des deux cuisses. Il est vraisemblable que ces formes doivent revendiquer un assez bon nombre des « érythrodermies ambiguës » de Besnier, de celles parmi lesquelles on note, en même temps que des accidents tenaces du côté de la peau, une conservation satisfaisante de l'état général. J'ignore comment peut se terminer la maladie arrivée à ce développement ; il n'y a rien d'invraisemblable à ce qu'elle soit susceptible de se terminer par la cachexie et la mort, si les altérations anatomiques atteignent un degré tel qu'elles ne se puissent réparer, et si l'état général déchoit sous l'influence des perturbations

profondes apportées dans un organisme dont la peau est ainsi modifiée.

3° *Variétés suivant les régions.*

Nous avons eu maintes fois l'occasion de montrer les modifications nombreuses et importantes apportées par la localisation à la physionomie de la dermatose de Unna; aussi, serons-nous très bref sur ces changements, qu'il est cependant nécessaire d'indiquer.

Tête, cuir chevelu et face. — Nous n'avons pas à revenir sur les lésions telles qu'on les observe sur le cuir chevelu : on connaît les taches, les papules, les plaques, la couronne séborrhéique, les lésions auriculaires et mastoïdiennes, leur extension au cou, etc.; on connaît également les localisations sourcilières et périnasales, et le masque qu'elles constituent. J'ai vu quelquefois la maladie occuper le pourtour des paupières et le bord ciliaire, mais beaucoup plus rarement que Unna; cependant nous pensons qu'il faut ranger dans l'eczéma séborrhéique la plupart des eczémas ciliaires de l'enfant; il n'est pas rare, en pareil cas, que les altérations étendues du reste de la paupière ne prennent une allure caractéristique; souvent aussi, elles sont modifiées par l'adjonction d'un élément impétigineux prononcé.

Sur les joues, et partant de l'arête du nez, la maladie prend un aspect particulier, et c'est très justement que Unna réserve pour elle plus d'une acné rosacée. Cependant les élevures sont plus petites, plus disséminées qu'en d'autres régions, moins papuleuses, moins infiltrées que dans les acnés vraies. Les varicosités sont moins prononcées, plus étroites. Çà et là, quelques croûtes jaunâtres sont adhérentes ; les bords sont assez nettement indiqués, quelquefois même par une manière de relief périphérique ; enfin, toute la surface malade peut offrir une sorte d'œdème superficiel continu, rouge ou violacé.

Au pourtour des lèvres (1), la dermatose de Unna est très altérée dans sa physionomie. Cependant, je crois, avec d'autres auteurs, qu'il faut probablement lui rapporter les eczémas fendillés, secs, fendus, pityriasiques qui rayonnent autour de la bouche, surtout vers le menton et les joues. Il m'a semblé que la lésion affectionnait surtout les lèvres glabres des enfants et des femmes, et que jamais la dermatose de Unna ne se compliquait de lésions sycosiformes, indiquant une participation éclatante de l'infundibulum pilaire.

On sait que Besnier considère comme appartenant à l'eczéma un certain nombre de glossites exfoliatrices marginées. Je manque complètement d'expérience à ce sujet, toutes les glossites marginées que j'ai rencontrées relevant d'autres étiologies. Mais si l'on considère l'aspect général des efflorescences, si l'on admet d'autre part l'indépen-

(1) Cf. DUBREUILH. Ref. in *Ann. de Dermat.*, 1892.

dance de la dermatose de Unna vis-à-vis de la séborrhée, on pourrait hypothétiquement considérer les faits que Besnier a en vue comme rentrant dans notre cadre. C'est évidemment la recherche d'autres lésions cutanées qui permettra de fixer l'opinion des observateurs ; il n'y a rien que de vraisemblable à ce qu'elle soit résolue dans le sens de l'assimilation.

Quant aux localisations sur la barbe et la partie antérieure du cou, elles se rapprochent étroitement de celles qu'on observe au-devant du sternum ou entre les omoplates.

Tronc ; membres. — Nous avons assez souvent fait allusion aux efflorescences typiques présternales et interscapulaires pour nous dispenser d'y revenir ici. C'est dans la région sacro-lombaire que se trouvaient les plaques blanches, grenues, sèches, que j'ai rencontrées une seule fois et que j'ai signalées. Enfin, sur les parois latérales du thorax, on rencontre volontiers les grands placards eczématiformes, c'est-à-dire plus ou moins croûteux, qu'on retrouve aussi sur les membres. Nous rappelons que c'est sur ces derniers (et aussi sur l'abdomen) qu'on retrouve d'ordinaire les efflorescences papuleuses psoriasiformes ; leur siège d'élection est le côté de l'extension, au voisinage des grandes articulations (coude, genou). Je ne crois pas l'avoir rencontré sur la face palmaire des mains, et rarement sur la face dorsale. En général, il ne dépassait pas le pli de flexion du carpe en avant. Sur le métacarpe, il affecte l'apparence ordinaire du placard eczématiforme sec, à contours nets, à dessin serpigineux, et il se présente volontiers sur le dos du pied avec ce même aspect.

Organes génitaux. — La dermatose de Unna les atteint fréquemment et y affecte des modalités variées et intéressantes.

Sur le gland, on voit souvent les taches, non saillantes, fauves, rouges, très fixes, tenaces, et elles coexistent d'ordinaire avec une balanite séborrhéique bien connue, non pas suintante, mais humide, souvent prurigineuse, très désagréable pour les malades, et capable d'amener des confusions regrettables. Sur le scrotum même, elle affecte les allures d'une dermite diffuse, d'allure peu violente, accompagnée d'infiltration, de rougeur sombre, de squames blanches adhérentes, diffuses, ou en petits placards, sèches. C'est sur les bords qu'il faut rechercher les signes caractéristiques. Presque toujours, elle déborde sur la face interne des cuisses et les plis inguinaux où elle dessine ses reliefs élégants, quelquefois croûteux, rouge brun : en effet, nous pensons que la dermatose de Unna réclame la presque totalité des anciens eczémas marginés. Les excellents résultats qu'on obtient en les traitant comme eux sont de puissants arguments en faveur de cette opinion.

Formes généralisées. — Je n'ai pas rencontré la dermatose de Unna étendue à la totalité du tégument. On en voit parfois les élé-

ments disséminés un peu partout, et c'est précisément alors qu'ils affectent les ressemblances les plus remarquables et les plus gênantes avec le psoriasis. Seules, les variétés constituant des érythrodermies sont capables d'arriver à une véritable généralisation. C'est dans tous ces cas où la maladie se trouve avoir étendu des prolongements et des placards un peu partout que l'on peut se rendre compte de la marche de haut en bas ; elle est caractéristique dans un très grand nombre de circonstances. Sur tous ces points, nous reviendrons brièvement en nous occupant du diagnostic des faits limites.

État des phanères. — Je n'ai jamais vu de lésions des ongles.

Je ne crois pas que les cheveux et les poils aient normalement, habituellement à souffrir dans la dermatose de Unna. On voit que nous considérons les alopécies dites séborrhéiques comme indépendantes. Il est extrêmement rare que des lésions nettes et franches du cuir chevelu entraînent de l'alopécie. Une de nos malades, qui était depuis huit mois en proie à des poussées subintrantes et très étendues, offrait une alopécie presque totale qui s'était installée très rapidement au début de la maladie. Elle présentait, sur un cuir chevelu généralement dépouillé, des zones d'alopécie absolues, lisses, érythémateuses, circulaires, extrêmement tenaces. Il existait d'ailleurs d'autres lésions caractéristiques sur la face, les épaules, la poitrine, les bras, etc. Vidal a du reste signalé un cas très comparable observé sur un jeune homme. Chez une autre vieille femme, les lésions étaient arrivées à constituer une dermite étendue à tout le cuir chevelu ; il y avait de l'alopécie incomplète et diffuse des régions pariétales et pariéto-occipitales. Les sourcils ne m'ont jamais paru altérés dans leur abondance. Sur une petite fille, j'ai noté une chute complète des cils des deux paupières inférieures ; ils entrèrent d'ailleurs bientôt en voie de repousse.

En résumé, on peut dire que la maladie de Unna respecte très généralement les phanères.

IV. — Marche. Évolution. Durée

La dermatose de Unna est une maladie susceptible de suivre une marche très différente suivant les individus, leur âge, leur sexe, les conditions où ils se trouvent accidentellement.

En général, on doit la regarder comme une affection chronique, tenace, de longue durée, volontiers récidivante. Dans ses formes élémentaires, elle reste silencieuse pendant de longues années, après s'être développée tout à fait à l'insu du sujet, surtout s'il est peu soigneux ; c'est le plus souvent par les complications aiguës que subissent les efflorences typiques, que la maladie s'est révélée au porteur. C'est précisément à cause de cette bénignité, de cette modestie d'allures

qu'elle est de très longue durée, car elle est certainement curable dans la très grande majorité des cas, et cela assez facilement. Mais elle récidive ; en général, à vrai dire, ces récidives ne sont que des recrudescences qui ont pour point de départ une très petite lésion dont on n'a pas suffisamment assuré la disparition totale.

Il est exact de considérer le cuir chevelu comme la région d'où part le mal dans la majorité des cas ; il en est ainsi surtout chez les individus qui présentent des lésions étendues et des complications eczématiformes ; c'est pourquoi Unna a eu parfaitement raison d'indiquer la marche de haut en bas comme un caractère de « l'eczéma séborrhéique ». Cette évolution spéciale est, en effet, d'autant plus prononcée qu'il s'agit de cas où le facies typique de la maladie est plus modifié. On s'en étonnera peu si l'on songe aux conditions excellentes d'infection secondaire où se trouvent toutes les lésions tégumentaires du cuir chevelu.

Ces mêmes conditions suffisent à expliquer l'allure spéciale qu'offre la maladie chez les jeunes enfants, c'est-à-dire l'adjonction si fréquente de la suppuration et des infections épidermiques ou ganglionnaires. C'est donc au cuir chevelu et à la face qu'on rencontre le plus souvent la dermatose de Unna chez les jeunes enfants. A la face, elle présente des localisations palpébrales, auriculaires et nasales bien connues. Peut-être, en réalité, est-elle plus rare qu'on ne le pense ; en tous cas, elle est fortement modifiée dans ses allures par l'adjonction presque constante d'un élément impétigineux qui explique aussi la fréquence relative des placards sur les membres.

Chez l'homme jeune, les zones d'élection sont le cuir chevelu, la poitrine, le dos ; quand il est un peu plus âgé, on voit apparaître les lésions des organes génitaux, du scrotum et des plis inguinaux principalement, car les taches du gland se retrouvent chez les adolescents.

Chez la femme, c'est le cuir chevelu qui est le point de départ habituel ; sur la poitrine, le mamelon est d'ordinaire la localisation initiale.

J'ajouterai que c'est surtout après trente et trente-cinq ans qu'on observe les lésions psoriasiformes des membres ; à un âge sensiblement plus avancé, on rencontre les érythrodermies.

Nous avons dit tout à l'heure que c'était une maladie très persistante ; elle dure, en effet, des années à l'état de silence ; moins longtemps, mais souvent pendant plusieurs semaines quand elle présente des altérations secondaires. Il est à noter que, chez l'enfant, la guérison définitive semble plus facile à obtenir, et qu'elle est d'autant plus malaisée que le sujet est plus avancé en âge ; nous parlons, bien entendu, de guérison complète ; il est rare qu'on n'obtienne pas toujours assez vite de grandes améliorations pour peu que le traitement soit convenablement dirigé ; il n'y a d'exception qu'en présence des

formes érythrodermiques qui peuvent présenter des allures de malignité véritable.

V. — Conditions cliniques de développement

L'âge, le sexe, les professions ont sans doute une influence sur la modalité et la distribution des accidents, mais ils ne paraissent pas en posséder sur l'avènement même de la maladie, et nous ignorons tout sur une contagion qu'il n'est pas facile de surprendre.

C'est dans tous les cas une espèce morbide des plus vulgaires, et, pour ma faible part, je puis faire reposer cette étude sur l'étude de 200 malades environ. Elliott lui donne 28 p. 100 des eczémas qu'il observe. Unna en réclame plus de la moitié. Je me rapproche sensiblement de ce dernier chiffre; mais cette proportion n'a aucune valeur, parce qu'on ne peut pas savoir ce que chaque observateur entend par la dénomination d'eczéma. Elle est à coup sûr extrêmement fréquente, très répandue : en Allemagne, en Amérique, en Angleterre, en France. Ce qui peut varier, c'est le rapport de fréquence avec les autres affections eczématiformes. Dans ma zone d'observation, ce chiffre est très élevé, parce qu'on rencontre peu souvent les formes répondant à l'eczéma dit arthritique; il est probable que la sobriété des habitants qui mangent peu et boivent peu d'alcool, probablement à cause de la douceur relative du climat, entre pour une grande part dans les facteurs de cette rareté.

Existe-t-il des causes accidentelles réellement aptes à provoquer l'apparition de la dermatose de Unna ? Il est possible que la malpropreté habituelle y prédispose : ainsi en est-il chez les enfants. Cependant ce n'est pas là une origine bien habituelle, car on la rencontre également dans toutes les classes sociales, et chez les individus les plus soigneux de leur personne. On a incriminé l'usage de la laine portée sur la peau: c'était l'eczéma flanellaire des médecins de Saint-Louis; mais la suppression de la flanelle qui fait souvent disparaître le prurit, n'améliore pas la maladie, et on retrouve cette dernière chez bien des sujets qui ne peuvent présenter cet antécédent, tandis qu'elle manque chez d'autres, séborrhéiques, qui ne la quittent jamais.

Il est vraisemblable que les troubles digestifs favorisent son éclosion et l'apparition de ses complications. Cependant, combien de syphilitiques avérés en sont exempts, combien de porteurs de la maladie digèrent irréprochablement.

En d'autres termes, force nous est d'avouer notre ignorance sur ce point. Un seul fait paraît nettement acquis, c'est le rôle provocateur efficace joué par l'état de la peau qu'on traduit par l'expression de séborrhée. Cliniquement, il est indéniable. Est-il constant, nécessaire? Comment faut-il l'interpréter? Nous allons brièvement indi-

quer l'état actuel de la question sur ce sujet, et sur l'agent primitif auquel on doit faire remonter les véritables responsabilités de la maladie.

VI. — Anatomie pathologique

Les documents actuellement publiés sur ce point ne sont pas nombreux. De beaucoup les plus nombreux et les plus importants ont été fournis par le laboratoire de Hambourg, et M. Unna a pour point de départ du chapitre de son histo-pathologie des préparations de 51 cas, ce qui est énorme. M. Leloir a publié dans son atlas de belles planches sur quelques-unes de ces coupes. Je rappelle l'observation de Elliott, celles d'Heller, de Ledermann, une mienne, etc. Les notes qui suivent résultent de l'étude d'un grand nombre de préparations empruntées à des fragments de peau excisés sur une malade, de l'examen d'un certain nombre de très belles préparations que j'ai pu consulter grâce à l'obligeance de M. Unna, et empruntées à six malades (préparations où j'ai pu en particulier prendre connaissance des morococci) — enfin de l'examen de coupes empruntées à quatre malades différents, et dont je dois la communication à l'amabilité de M. Darier (1). J'ai dû laisser de côté des préparations récentes que j'avais faites avec un fragment excisé d'une efflorescence présternale. En effet, les coupes étaient extrêmement différentes de toutes les autres; or, le sujet était en pleine poussée de syphilis secondaire. Suivant l'avis de Darier, je n'ose pas en utiliser les préparations (2).

Derme. — En général, du moins lorsque l'on examine des lésions types et indemnes de poussées aiguës, les altérations de l'hypoderme sont très

(1) Voici du reste une note que je dois à l'excellent histologiste de Saint-Louis, et où il a bien voulu exposer sa manière de voir sur quelques points particuliers :

« Prenant comme type de l'affection en question les plaques squameuses circinées présternales ou interscapulaires, j'y trouve : 1° un état inflammatoire du corps papillaire; 2° une altération du corps muqueux : il est épaissi dans son ensemble, et ses cellules m'ont paru présenter une tuméfaction du protoplasma non différencié, qui les rend plus altérables, quoiqu'il n'y ait pas ordinairement de processus de vésiculation; 3° une modification de la kératinisation dont le caractère est le suivant : dans tous les cas, j'ai vu à la surface des plaques éruptives, des points plus ou moins rapprochés au niveau desquels, sans que j'aie pu jusqu'ici reconnaître une lésion bien nette du stratum granulosum sous-jacent, les cellules cornées sont plus cohérentes et moins chargées de graisse; il en résulte des disques lenticulaires sans clivage, qui ne se colorent pas en noir foncé par l'acide osmique comme les points normaux de la couche cornée qui les environne. La présence de ces disques joue un rôle dans la desquamation; on peut les reconnaître dans le produit de raclage de toute plaque éruptive typique d'eczéma séborrhéique, et ils me paraissent pouvoir servir au diagnostic (avec le psoriasis, par exemple). L'épiderme corné de l'eczéma séborrhéique est certainement moins riche en graisse que la couche cornée normale, et ce point me paraît d'importance considérable. »

(2) Ces éléments ont disparu par Hg, ultérieurement.

peu prononcées. On note à peine un léger degré d'infiltration embryonnaire autour des vaisseaux.

Dans la zone des papilles, il existe, au contraire, des stigmates constants d'inflammation. Cette inflammation se manifeste par la présence d'éléments embryonnaires ; une bonne partie provient vraisemblablement de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, car les cellules en question sont un peu plus volumineuses que les éléments d'origine diapédétique, et elles n'ont souvent aucun rapport avec les distributions vasculaires ; cependant, on note aussi une infiltration axiale de la papille qui ne permet pas d'écarter la réalité de la diapédèse en pareil cas. Du reste, en général, et sauf complications, ces infiltrations ne sont pas très intenses. En quelques points, on voit, au contraire, des agglomérations serrées de cellules rondes, tassées, serrées, presque épithélioïdes, qui entrent en un contact très étroit avec la ligne épidermique. Je n'ai pas vu de lésions intéressant les fibres conjonctives. Suivant une règle constante en anatomie pathologique de la peau, le tissu élastique a disparu partout, il y a de l'inflammation (orcéine). Quand on a affaire à des fragments excisés sur des malades en puissance de complications aiguës, les infiltrations embryonnaires sont naturellement d'autant plus prononcées et plus abondantes (1).

Les papilles elles-mêmes présentent des dispositions assez particulières. Presque toujours, elles sont sensiblement allongées ; mais souvent elles sont rétrécies étriquées, comme étouffées par le riche développement des colonnes épithéliales interpapillaires. Au total, la partie épithéliale et le segment épithélio-papillaire de la peau prennent dans leur ensemble l'aspect tout à fait particulier d'un véritable mur épithélial plein et continu. Les papilles sont d'ailleurs d'autant plus conservées que l'infiltration inflammatoire y est plus prononcée ; elles sont comme maintenues, dilatées par l'agglomération de cellules embryonnaires.

Épithélium. — L'aspect mural dont nous avons parlé est d'autant plus accusé que la totalité de l'épiderme est sensiblement augmentée de volume, grâce à une véritable hypertrophie du corps muqueux de Malpighi.

La basale (ou vitrée) ne présente pas d'anomalie appréciable.

La *couche génératrice* est normale, sauf sur quelques points, une véritable dissociation des cellules cylindriques, disloquées par l'envahissement des cellules migratrices.

Couche épineuse. — Ainsi que nous l'avons dit, l'épiderme présente au microscope les signes d'une hypertrophie notable due au développement luxuriant de la couche épineuse. Signalons d'abord une abondance exagérée de figures karyokinétiques ; comme toujours, on les trouve principalement dans le plan de cellules qui est en contact avec la couche génératrice (cylindrique) ; les plaques équatoriales sont régulièrement perpendiculaires aux éléments cylindriques : il s'agit ici de karyokinèse par deux, qui n'est pas différente de celle qu'on rencontre dans le tégument normal, et surtout dans l'épiderme irrité.

(1) Techniques employées : osmium ; picro-carmin ; carmin aluné, boraté ; hématoxyline ; bleu de méthyle ; méthodes de Unna pour la coloration des microbes sur coupes, orcéine, etc.

Quant au corps muqueux lui-même, il offre des aspects variables, qui ne sont cependant pas des altérations de fixation des pièces, car on les rencontre les uns à côté des autres, sur une même coupe, et sur des fragments fixés irréprochablement. Tout le protoplasma apparaît très riche, un peu trouble, fortement granuleux, avec des filaments unitifs (pointes de Schultze), admirablement caractérisés. Le noyau est alors volumineux, riche en chromatine; l'espace hyalin périnucléaire est peu marqué. D'autres fois, les pointes de Schultze sont mal apparentes ; les cellules semblent globuleuses; le noyau est comme rétracté, très coloré, petit, irrégulier, entouré d'une zone claire très nette. En quelques points, cette manière d'être des cellules malpighiennes se retrouve dans toute l'épaisseur du corps muqueux, de telle sorte que ce dernier prend pour ainsi dire un aspect réticulé, lymphoïde, comme si les éléments malpighiens devaient être dissociés, et profondément modifiés, par l'invasion des cellules migratrices; or, précisément, cet aspect s'observe dans les points où l'infiltration papillaire acquiert son maximum et semble aborder la vitrée (état spongoïde de M. Unna).

Un peu partout, et proportionnellement à l'inflammation sous-épithéliale on voit des cellules migratrices disséminées entre les cellules de l'épiderme. Enfin, si l'on examine les colonnes interpapillaires, on note, outre leur élargissement et leur élévation, des points où les cellules centrales prennent une disposition enroulée, héliçoïde, comparables à des ébauches de globes cornés ; et ces formations se retrouvent souvent dans les lésions de cet ordre; je pense qu'elles résultent simplement de la prolifération très active de la couche génératrice, prolifération qui s'accuse déjà par l'exagération des processus karyokinétiques ; les cellules se multiplient, s'accroissent, se rencontrent, et, se contrariant dans leur développement, s'enroulent en tourbillon.

Dans les plans superficiels de la couche malpighienne, on voit s'effectuer les modifications qui accompagnent la kératinisation régulière. L'éléidine est normale, de quantité et de forme ; les noyaux s'éclaircissent; le protoplasma se vacuolise; les filaments unitifs disparaissent. Du reste, la kératinisation est hâtive, la couche cornée plutôt diminuée.

Çà et là, quelques vésicules disséminées offrent la structure classique. Des clivages assez étendus ont soulevé la couche cornée, et des amas de fibrine contenant des leucocytes et des débris de noyaux sont coagulés à la surface de l'épiderme.

Nous reviendrons sur l'infiltration de graisse vue et décrite par Unna, et si bien figurée sur les préparations de ce dernier que MM. Leloir et Vidal ont reproduites dans leur *Traité des maladies de la peau*. Sur aucune des coupes que j'ai examinées, je ne l'ai vue assez convenablement pour pouvoir la décrire comme frappante.

En ce qui touche les annexes de la peau, les altérations sont aussi variables qu'inconstantes, souvent nulles, presque toujours légères. Les sébacées sont très développées, plus volumineuses ; les cellules sont dilatées, gonflées, la limitante épaisse. Les cellules des sudoripares sont tassées, un peu troubles, pas toujours très distinctes. Autour des glandes, comme autour des infundibulums, sont des gaines des poils, on retrouve des traces d'inflammation caractérisées par un certain degré d'infiltration.

Topographie des morococci. — Sur les belles préparations que l'obligeance de M. Unna m'a permis de consulter, on peut prendre une connaissance très satisfaisante de ses « morococci ». Ce sont des cocci assez volumineux, groupés par deux, par quatre, par huit, etc.; tantôt on les voit disséminés sous forme de diplocoques; tantôt, et c'est leur type, ils sont agglomérés en masses, comparables à des mûres, serrés, grenus. Je les ai aperçus dans les squames, dans les exsudats fibrineux, leucocytiques de la surface, dans les vésicules, dans les plans de soulèvement de la couche cornée, en somme dans tous les points où il existe un processus net d'eczématisation au sens histologique du mot, tel que l'entend Unna. Leur aspect morphologique est réellement particulier, grâce à leur groupement; le plus souvent, ils siègent en dehors des éléments cellulaires. Je ne les ai vus que dans des lésions très accessibles aux influences extérieures, jamais dans l'épaisseur, dans la trame même de l'épiderme. Nous reviendrons sur la signification qu'on peut leur reconnaître. Je ne crois pas qu'on soit autorisé à leur faire jouer un rôle dans les formes types de la dermatose de Unna. J'y vois une infection surajoutée, et cette manière de voir est acceptée par Unna lui-même, en ce sens que, pour le moment, il se borne à affirmer leur rôle dans le processus d'eczématisation; or, ce dernier est, de notre avis, une complication secondaire de la maladie.

Comment faut-il résumer et interpréter les faits que nous venons de constater? Le caractère le plus marqué de la lésion est fourni par l'hypertrophie de l'épithélium et en particulier de la couche de Malpighi augmentée dans son épaisseur absolue et dans ses prolongements interpapillaires; c'est donc bien, si l'on veut, une acanthose au sens d'Auspitz et de Unna, et je n'en connais pas d'exemple meilleur. Cette hypertrophie s'accuse également par l'augmentation de la karyokinèse. Quant aux modifications nucléaires et protoplasmiques, elles n'ont rien de pathognomonique; une hyperkératose, une kératolyse (pityriasis rubra, psoriasis) accompagnées de phénomènes d'inflammation peuvent offrir des aspects semblables. On ne peut pas non plus considérer comme autre chose que comme un accident d'inflammation banale la diapédèse intra-épithéliale et cette pseudo-réticulation du stratum malpighien. Notons aussi l'intégrité presque complète de l'éléidine et de la kératinisation, la modération de l'inflammation dermique, et le peu de notions fournies par l'examen des annexes de la peau.

Quant aux accidents de vésiculation, de clivage, d'exsudation, etc., ils sont très inconstants, nullement nécessaires; ils sont toujours signalés par l'existence des morococci et indiquent une déviation de la maladie primitive altérée dans sa lésion aussi bien que dans ses manifestations cliniques.

A ces caractères, il faut en joindre un autre, bien que nous ne l'ayons pas constaté nous-même, nos coupes fixées par l'osmium étant probablement d'origine trop peu multipliée: je veux parler de l'infil-

tration graisseuse de la peau. Sur 53 examens pratiqués dans le laboratoire de Hambourg, elle a manqué 19 fois. Elle serait donc inconstante, mais cependant d'une importance de premier ordre. Il faut cependant noter que cette série de 53 faits comprenait des pityriasis capitis, et que, d'autre part, il faudrait savoir si on retrouverait cette lésion chez les individus à la peau grasse, et tout à fait libres d'accidents inflammatoires ou autres (1).

Or, précisément, si l'on se reporte à l'article du *Volkmann's Simmlung*, on voit qu'il ne s'agit en somme que d'une différence quantitative, souvent difficile à apprécier, et il est prudent d'être réservé sur ce point.

VII. — Étiologie

I. — *Quels sont les rapports de la dermatose de Unna avec la séborrhée?*

En clinique, ils me paraissent incontestables ; on ne trouve pas toujours, tant s'en faut, de l'eczéma séborrhéique chez les séborrhéiques ; mais il est exceptionnel, si même cela se voit, de rencontrer la dermatose de Unna complètement détachée des phénomènes d'hyperstéatose diffuse du tégument ; cette hyperstéatose se caractérise, on le sait, cliniquement par une apparence graisseuse manifeste, et anatomiquement par les lésions d'infiltrations diffuses décrites par Unna et ses élèves. Actuellement, et cela est affirmé par Unna même, on peut dire que s'il y a séborrhée, ou mieux hyperstéatose sur les lésions de la maladie, il faut se demander si cette hyperstéatose n'est pas un résultat, un symptôme de la maladie ; cela est assez vraisemblable si l'on se souvient qu'un élève d'Arnozan, M. Gréciet n'a nullement trouvé la graisse augmentée sur le tégument présternal, chez des individus porteurs d'efflorescences ; d'autre part, Unna même admet que l'hyperstéatose peut être limitée aux lésions. Sur tous ces points, nous sommes encore dans le doute. Nous pouvons seulement admettre que la dermatose de Unna coïncide le plus souvent avec une augmentation de graisse à la surface du tégument, et probablement dans l'épaisseur même de l'ectoderme.

La notion ancienne, un peu vulgaire, que la séborrhée était une cause de développement de l'eczéma séborrhéique est regrettable, en

(1) Il sera de toute nécessité de se reporter au livre de Unna pour prendre connaissance de ses idées sur l'anatomie pathologique. Nous ne le reproduisons pas ici à cause des développements que cela entraînerait, et aussi parce que nous aurions quelque peine à dissocier cette dermatose d'avec les eczémas où il la range. Même en prenant l'une de ses formules il ne serait pas impossible de faire la critique de cette assimilation. Desquamation, papulose, vésiculation traduisant la parakératose, la prolifération épithéliale, l'état spongoïde répondent à l'eczéma, ou mieux à l'eczématisation.

ce sens que le problème était alors beaucoup plus simple, et l'on pouvait avec Brooke, Brocq, considérer que la séborrhée préparait le terrain à l'évolution d'un agent extérieur qui créait lui-même les lésions de la dermatose de Unna. Je ne puis pour ma part que regretter mon ignorance sur ce sujet, et la nécessité où je suis d'exposer simplement l'état actuel de la question ; je ne crois pas que l'étude seule du malade ou des préparations histologiques nous autorise à émettre un avis sérieusement motivé, voire même simplement utile. Je me bornerai donc à exposer rapidement les résultats auxquels est arrivé M. Unna.

II. — Ce dernier n'est d'ailleurs affirmatif que sur un petit nombre de points, et qui ne touchent pas au fond même du sujet : tout repose sur cette donnée, qui est peut-être encore un a priori, que la dermatose de Unna est d'origine parasitaire. Les deux questions qui se posent donc sont :

1° *Quel est le mécanisme, la pathogénie de l'affection ?*

2° *Quel en est l'agent ?*

1° Comme mécanisme histologique, Unna invoque les phénomènes de chimiotaxie, et il admet que des organismes siégeant dans la couche cornée sont capables de provoquer des accidents de « sérotaxie », et de « fibrinotaxie » qui aboutissent à la constitution des vésicules et de l'exsudat ; même pathogénie pourrait être invoquée si l'on considérait l'hyperstéatose comme un symptôme, un résultat de l'affection, et il s'agirait alors de « sébotæxis ». Je crains que ce soit là une hypothèse pure, et qui ne sera jamais autre chose. C'est du reste un fait non douteux que des parasites greffés sur les couches cornées, et ne franchissant jamais l'ectoderme, sont tout à fait aptes à provoquer des phénomènes inflammatoires dermiques ; exemple : la trichophytie. En ce qui touche le mécanisme intime de la production des lésions, en pareil cas, on ne peut qu'invoquer des théories qui appartiennent au domaine de la pathologie générale, et nous irions beaucoup trop loin s'il fallait nous engager sur ce terrain. On a ajouté la chimiotaxie à la diapédèse ; cette dernière répond du moins à un fait, et elle reste comme telle. Il restera toujours à expliquer en quoi consiste le fonds même des phénomènes chimiotaxiques ; il est vraisemblable qu'on les pénétrera mieux quand on sera mieux fixé sur la nature et la fonction des éléments chimiques constitutifs de la cellule. Personne mieux que M. Unna ne sera à même de mettre à profit les résultats acquis tous les jours dans ce sens, et nous l'attendons. Mais peut-être en ce qui concerne la dermatose de Unna, l'ensemble de ces données n'a-t-elle qu'un faible intérêt, la vésicule et l'exsudation ne faisant pas partie des stigmates essentiels des lésions typiques. Elles ne s'appliqueraient donc qu'à l'infiltrat dermique et à la diapédèse intra-épithéliale.

2° Nous avons admis que l'origine de la maladie devait remonter à

un agent parasitaire. Unna croit que l'on peut incriminer deux microbes :

a) Des *Flachsenbacillen* (*bacilles en forme de bouteille*) qui sont les spores de Malassez, et qu'on retrouve en extrême abondance dans le catarrhe séborrhéique du cuir chevelu. La notion des *bacilles-bouteille* repose sur les examens histologiques des coupes et des croûtes. Il est possible qu'ils soient les véritables auteurs des lésions types indépendantes de l'ezématisation; de la sorte ce serait vraiment à eux qu'il faudrait rapporter le développement des formes pures de la dermatose de Unna. Mais ce dernier reste encore dans le doute sur ce sujet, et tout porte à croire qu'il est prudent de l'imiter.

b) Les morococci, dont nous avons parlé, que nous avons facilement retrouvés sur les coupes envoyées de Hambourg. « Ils se distinguent du staphylococcus par sa fine mais ferme enveloppe muqueuse qui forme des grains réguliers, la tendance à la constitution de diplo-tetra et octo-cocci, et même de cocci gigantesques, et finalement de grandes masses uniformes. » On les colore par les méthodes décrites en détail par Unna; nous avons indiqué les grands traits de leur topographie. Unna a produit par son inoculation sur l'homme des vésicules semblables à celles de certains eczémas aigus. Chez le lapin, il a obtenu de la rougeur et la chute des poils. Il pense que si les morococci ont échappé aux observateurs, c'est qu'on les a confondus avec les staphylococci aureus et albus, et qu'en réalité, ces derniers sont loin de se retrouver aussi souvent qu'on le croit à la surface de la peau.

Actuellement, Unna considère les morococci comme étant les agents du processus d'eczématisation vraie (vésiculation, exsudation, desquamation) ; il les retrouve, en effet, dans tous les eczémas, et non pas seulement dans l'eczéma séborrhéique. Du reste, il tend à admettre pour sa part personnelle que l'eczéma séborrhéique dans ses formes élémentaires constitue simplement, souvent, un état primordial de l'eczéma commun. Il n'est du reste pas aussi affirmatif sur ce point que sur le rôle de ses morococci dans l'eczéma complètement développé.

On voit de suite que, tout en admettant le rôle des morococci dans l'eczématisation, nous ne pensons nullement qu'ils soient les véritables agents de la dermatose de Unna. Celle-ci doit être, à notre avis, considérée comme une dermatite parasitaire autonome dont l'agent producteur est encore inconnu ou très douteux. C'est une greffe secondaire de microbes, les morococci probablement, qui détermine à la surface des lésions l'établissement d'une eczématisation surajoutée; eczématisation clinique et anatomique d'ailleurs. Ainsi nous arrivons à concevoir l'existence :

1° D'une entité autonome qui est la dermatose de Unna;

2° De faits complexes où la dermatose de Unna se surcharge d'un

processus eczémateux; c'est à ce dernier ensemble qu'on pourra conserver l'appellation d'*eczéma séborrhéique*.

En ce qui touche la valeur scientifique des notions fournies sur les morococci, je n'ai pas d'objections personnelles à faire valoir; il est à désirer que des bactériologistes compétents reprennent et confirment ces données qui reconnaissent peut-être une valeur un peu trop arrêtée à des expressions morphologiques. Je ferai des réserves plus grandes sur l'attribution de tous les eczémas aux mêmes micro-organismes; mais il faudrait savoir exactement ce que chacun entend désigner ainsi. Au reste, pour éviter toute confusion, je reproduis textuellement ces deux propositions fondamentales de Unna, « *que les mêmes organismes sont trouvables dans tous les eczémas, que les organismes de la superficie peuvent en général entraîner des inflammations assez profondes* (1) ». On trouvera peut-être cette formule moins précise, mais cependant plus scientifique que toute autre.

VIII. — Diagnostic. Les cas limités

C'est sur les rapprochements plus encore que sur les différences que nous voulons insister ici. En réalité, il semble que c'est d'abord de l'eczéma que nous devrions distinguer la dermatose de Unna ; mais nous avons été assez constamment préoccupé de ce voisinage pour tâcher d'éviter la confusion. Au reste, la difficulté réside aussi dans la complexité de l'eczéma; il faudrait éliminer la série de toxicodermie, les impétigos, etc. Les renseignements que nous avons donnés sont assez positifs pour qu'en comparant la description des uns et des autres cas, on puisse apercevoir facilement la limite (2). Nous ne nous occuperons pas davantage d'éliminer certaines séborrhéides syphilitiques; indépendamment de l'apparence extérieure des lésions qui, au nez par exemple, peuvent se ressembler extraordinairement, l'examen du malade, la constatation de la syphilis, l'étude de l'évolution permettront d'éviter la confusion. Il est inutile de dire qu'entre les séborrhéides syphilitiques et les efflorescences semblables de la dermatose de Unna, il n'y a pas d'autres rapports qu'une similitude objective ; ce n'est pas ici le lieu d'examiner l'influence que la séborrhée peut exercer sur l'aspect et la production de plus d'une syphilide; peu partisan, en général, des hybridités morbides, nous pensons qu'il est prudent de se tenir sur une très grande réserve et de rester fidèle aux conceptions les plus simples (3).

Restant au seul point de la clinique, nous éliminerons en quel-

(1) Communication manuscrite de M. Unna.

(2) Je pense que beaucoup des eczémas neurotiques de Holsten (*Monath.*, 1894), appartiennent à l'eczéma séborrhéique.

(3) Cf. Unna et Leloir, th. de Crepin, 1893, Lille.

ques mots le pityriasis rosé de Gibert, quelques formes d'acné rosacée, des cas rares de lichen corné, un bon nombre de faits de psoriasis, enfin certaines érythrodermies.

Le *pityriasis rosé de Gibert* n'a aucune parenté nosologique avec la dermatose de Unna; mais il affecte parfois avec elle des ressemblances morphologiques bien étroites (cf. Besnier); en général, le centre de l'efflorescence de Gibert est plus complètement revenu à l'apparence normale, les bords sont peu ou pas croûteux; il y a un prurit presque constant; enfin les localisations, l'existence de la plaque maîtresse, l'évolution sont surtout de bons éléments d'information et malgré une ressemblance extrême des lésions, on confond rarement et difficilement les deux maladies.

Acné rosacée. — Il est difficile d'indiquer une limite entre la dermatose de Unna et certaines variétés d'acné rosée. Je pense que la couperose peut réellement succéder aux efflorescences primitives qui se développent sur le nez et dans la zone juxta-nasale des joues, comme elle peut s'établir sur un territoire longuement modifié par un état de séborrhée congestive (en ne prenant pas ce dernier mot au sens de Hebra). Dans ce cas particulier, on retrouve encore quelques-uns des traits fondamentaux de la lésion véritable ou originelle : la circonscription élégante des bords, l'absence d'élément acnéique typique, le développement peu considérable des varicosités, un état œdémateux léger étendu à toute la surface. Enfin, de toutes les couperoses, ce sont celles qui sont le mieux améliorées par le traitement (savon noir, antiseptiques, soufre).

Lichen corné. — C'est uniquement en raison du fait singulier que j'ai signalé que je parle ici des formes hyperkératosiques du lichen; un peu d'attention, l'examen des malades permettent toujours d'éviter une erreur réellement grossière.

Psoriasis. — La question des analogies qui existent entre la dermatose de Unna et le psoriasis est l'une des plus importantes. En clinique, et si l'on se fonde sur le seul examen objectif de nombre de cas, la différenciation est des plus difficiles, sinon impossible. Actuellement, je pense que l'on peut considérer comme appartenant à la dermatose de Unna au moins 1/10 des faits couramment attribués au psoriasis. Ni les localisations, ni la marche, ni l'examen le plus attentif ne suffisent dans tous les cas à enlever tous les doutes. Si l'on veut se mettre en présence de lésions en apparence typiques de la dermatose de Unna, on peut y arriver en modifiant légèrement certains psoriasis circinés, non infiltrés par l'acide chrysophanique : à ce moment l'apparence est identique. Au reste, cette analogie est purement clinique et objective; la dyskératinisation, la disparition partielle ou totale du stratum granulosum dans la papule psoriasique autorisant à séparer complètement les deux entités au point de vue no-

sologique. On évitera une erreur souvent excusable en se rappelant que la papule psoriasique est plus saillante, plus petite, que sa squame laisse une surface saignante après l'avulsion, que la marche est indéfiniment persistante, que jamais il ne présente de suintement ou d'infection secondaire, que les altérations comparables de la dermatose de Unna n'appartiennent qu'à l'âge adulte. Comme nous n'avons pas en vue ici les psoriasis nettement affirmés, nous ne pensons pas utile de signaler les différences criardes et que tout le monde reconnaîtra.

Érythrodermies. — Est-il possible de démêler dans l'ensemble des accidents qui constituent l'une quelconque des « érythrodermies ambiguës » de Besnier, les phénomènes qui conduisent à reconnaître un état extrême de la dermatose de Unna ? Nous le pensons : il est très rare qu'elle soit entièrement généralisée ; la marche de haut en bas, le point de départ sur la tête, la réserve des extrémités inférieures sont déjà de bons points de repère ; l'intégrité des ongles est des plus précieuses à constater. La desquamation est toujours très fine, plus croûteuse sur les limites. On ne note à peu près pas de papules. L'état général se conserve ; il n'y a ni abcès, ni adénopathies ou, du moins, elles sont manifestement secondaires. Enfin l'analyse des urines achèvera de fournir des éléments nécessaires de différenciation qui seront singulièrement complétés si l'on y peut joindre la biopsie ; celle-ci permettra d'éliminer toutes les dermatites exfoliatrices accompagnées de disparition de l'éléidine et de stratum granulosum, les hyperkératoses franches, etc. Dans la pratique, c'est dans les renseignements fournis sur la marche qu'il faudra le plus souvent chercher le plus de lumière. L'étude de l'évolution du processus est peu profitable : on sait que la dermatose de Unna s'est altérée profondément dans son allure et son pronostic.

IX. — Traitement

Les grandes lignes du traitement de l'eczéma séborrhéique sont bien indiquées et d'autant plus importantes à connaître qu'une thérapeutique correcte a infiniment de chances de donner des résultats rapides et excellents. Peu de dermatoses peuvent être aussi favorablement modifiées par un médecin.

Il faut distinguer les cas qui appartiennent aux formes typiques et ceux où l'on constate des infections surajoutées, de l'eczématisation, du pus. Il est exact de considérer le soufre comme un spécifique de la maladie, mais il ne suffit pas de l'employer sans discernement ; il faut évidemment s'aider des indications particulières.

Dans les formes élémentaires, le soufre seul peut amener très vite la guérison. Je l'emploie en pommade simple : soufre et vaseline ; la

proportion de soufre varie suivant les individus, les lésions, les individus. En général, elle est beaucoup plus élevée que dans les formules de Unna, et je donne facilement 10 gr. de soufre pour 25 ou 30 de véhicule ; rarement moins de 4 ou 5 gr. Dans tous les cas, les applications de pommade soufrée sont précédées de lavages biquotidiens avec du bichlorure de Hg à 1 p. 1000. S'il y a lieu, j'alterne la pommade avec une poudre où l'on combine des quantités variables de soufre, d'acide borique et de talc. Enfin, les bains sulfureux sont capables de rendre de bons services, et ce sont les malades auxquels on peut sérieusement recommander un séjour dans une station d'eau minérale sulfureuse. Dans tous les cas, il est bon d'assurer le dégraissage du tégument par des lavages savonneux chauds ; on y apporte un soin extrême s'il s'agit de lésions du cuir chevelu : le bois de Panama rend alors les meilleurs services.

Je n'ai que très rarement recours à l'acide chrysophanique qui fait vite disparaître les efflorescences, mais qu'on est obligé de surveiller avec le plus grand soin et qui laisse des pigmentations désagréables.

Si l'on se trouve en présence d'une lésion secondairement infectée, franchement exsudative ou accompagnée de suppuration, il faut désinfecter le tégument : pour cela, on le dégraisse et on le lave avec soin. Au besoin, on fait de l'enveloppement humide ; on se sert des solutions de bichlorure Hg à 1 p. 1000 et à 1 p. 1500 ; et il est remarquable qu'elles sont admirablement tolérées. Enfin, on utilise constamment l'acide borique en poudre pur ou associé à une poudre inerte et absorbante, ainsi qu'à une petite quantité de soufre. Une fois l'exsudation arrêtée, et la suppuration disparue, on peut employer les pommades soufrées ; mais il faut toujours y ajouter un antiseptique, tantôt l'acide salicylique (jusqu'à 1 à 2 p. 100), tantôt l'acide borique (jusqu'à 10 p. 30), tantôt la résorcine ; on doit être réservé sur la quantité de soufre au début, et tant qu'il reste des phénomèmes aigus. J'ai retiré de très bons résultats d'une pâte formulée d'après Lassar, bien entendu en faisant varier les proportions de substances médicamenteuses :

Lanoline anhydre	40
Cire végétale	40
Huile d'olive	20
Soufre	?

D'autres fois, pour la face et le cuir chevelu on peut se servir tout simplement de glycérolé d'amidon soufré.

Une fois tous les accidents surajoutés disparus, on se sert de pommade où entrent le soufre et l'oxyde de zinc en proportions variables, mais presque toujours élevées.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 JUILLET 1894.

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : M. Tenneson. — Un nouveau cas de pellagre alcoolique, par MM. Gaucher et Barbe. — Eczéma symétrique des mains développé sur les territoires des nerfs médian et radial, avec intégrité absolue des territoires du cubital, par MM. Brocq, Dejerine et Miraillié. (Discussion : MM. Du Castel, Brocq.) — Eczéma symétrique des membres supérieurs accompagné de douleurs névralgiques, par M. Du Castel. — Syphiloïde infantile due au pityriasis versicolor, par MM. A. Fournier et Sabouraud. (Discussion : MM. Brocq, Sabouraud, Fournier, Barthélemy, Jacquet, E. Besnier.) — Sur un cas de Lichen scrofulosorum simulant le pityriasis rubra pilaire et le lichen de Wilson, par MM. H. Hallopeau. — Dermatite herpétiforme de Duhring, variété érythémato-pustuleuse. Troubles trophiques consécutifs, par L. Wickham. (Discussion : MM. Brocq, Tenneson, Wickham.) — Trichophytie d'origine aviaire, par M. Sabouraud. — Essai sur le traitement des teignes par l'aldéhyde formique, par M. Pottevin. — Dermatite consécutive à une infection par les gaz des fosses d'aisances, par M. Du Castel. — Prurigo simplex aigu et prurigo de Hebra, par M. H. Hallopeau. (Discussion : M. Brocq.) — Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire, par M. Mendel. (Discussion : MM. Fournier, Besnier.) — A propos de la construction d'un hôpital de teigneux, par M. Feulard. (Discussion : MM. Gaucher, Feulard, P. Raymond, Sabouraud, Du Castel.) — Syphilis et allaitement. Conduite à tenir dans l'intérêt de la nourrice et du médecin, par M. Morel-Lavallée. — Fièvre syphilitique secondaire et érythème noueux syphilitique, par M. de Beurmann. — Nævi verruqueux zoniformes siégeant à la face dorsale des mains, par M. J. Brault. — Un cas de lichen plan symétrique, à forme scléreuse amplifiée, par M. J. Brault. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

R. Sabouraud. — *Les trichophyties humaines*, un volume in-4°. Paris, 1894, avec un atlas comprenant 174 phototypies.

Mikaiu Teodoru. — *Contributinui la studiul psoriasisului*, in-8°. Bucarest, 1894.

De Albuquerque (Dionis). — *Estudo da Bouba*, in-8°. Rio-de-Janeiro, 1893.

C. Pellizari. — Tentatives d'atténuation de la syphilis. Brochure. Ext. *Gazette hebdomadaire de Paris.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

M. Tenneson. — A l'occasion d'une présentation de M. Du Castel, le procès-verbal met à ma charge la proposition suivante : « Le lichen simplex est une variété de névrodermite circonscrite. » Je n'ai pas dit cela, parce que je ne le pense pas ; et j'ai même dit précisément le contraire ; j'ai dit que si l'on fait rentrer le *lichen circonscrit* dans le groupe des névrodermites, autant vaut y faire rentrer la dermatologie tout entière.

Un nouveau cas de pellagre alcoolique.

MM. Gaucher et Barbe viennent d'observer un malade absolument identique aux deux malades présentés par eux dans la séance précédente, qui étaient atteints de pellagre alcoolique.

L..., âgé de 38 ans, marinier sur un bateau qui fait le service entre Paris et Rouen, est venu consulter le 16 juin, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un érythème du dos des mains. Cet érythème datait de trois semaines et présentait le même caractère que chez les deux malades précédents ; mais il avait une intensité insolite et s'accompagnait de fissures profondes. A la face, en plus d'un hâle bien marqué, il y avait sur le nez, le menton, les oreilles, une teinte érythémateuse et, sur l'ourlet des pavillons auriculaires, un érythème squameux, fissurique ; mais le front était indemne.

L'année dernière, à pareille époque, le malade avait été atteint de la même lésion des mains, qui avait guéri l'hiver suivant.

Actuellement, L... n'a aucun appétit, mais n'a pas de diarrhée ; il avoue avoir fait des excès alcooliques.

Traitement par les compresses d'eau de guimauve et régime lacté.

Le malade, revu deux jours après, était très amélioré ; les squames étaient en partie tombées et les fissures moins profondes. Le malade a été perdu de vue.

Eczéma symétrique des mains développé sur les territoires des nerfs médian et radial avec intégrité absolue des territoires du cubital.

Présenté par M. L. Brocq en son nom et au nom de MM. Dejerine et Miraillié.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une dermatose en apparence des plus banales ; il s'agit, en effet, d'un eczéma des mains. Mais la distribution de cet eczéma est telle que cette observation me paraît avoir au contraire une importance capitale. On sait, en effet, que depuis longtemps déjà on soupçonne

l'eczéma, ou, pour parler avec plus de justesse, certaines variétés d'éruptions eczémateuses, de reconnaître une origine nerveuse. Mon excellent ami le professeur Arnozan dans sa thèse d'agrégation sur les « Lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux » (1880), s'exprime en ces termes, p. 124 : « On s'aperçoit que l'eczéma véritable est exceptionnel dans les cas de lésions nerveuses périphériques. Il a pourtant été rencontré, et M. Brouardel a bien voulu m'en communiquer une observation des plus remarquables, qu'on peut ainsi résumer : « Homme de 60 ans n'ayant jamais eu d'eczéma, violente contusion de l'épaule, douleurs irradiées le long du bras 40 heures après l'accident, apparition d'un eczéma, limité au trajet du nerf radial devenant rapidement confluent et guérissant en quinze jours sans récidive ultérieure. »

M. le professeur Leloir a repris cette question, et il l'a longuement traitée dans ses diverses publications avec toute l'autorité qu'on lui connaît.

Mais si les observations abondent dans lesquelles des éruptions eczémateuses sont survenues à la suite d'un choc moral, de secousses nerveuses, ou bien se sont développées chez des tempéraments névropathiques, il n'en est pas moins vrai que l'on ne possède que peu ou point de documents dans lesquels des relations directes entre l'eczéma et certaines altérations du système nerveux soient évidentes et au-dessus de toute discussion.

C'est pour ces motifs que nous avons cru devoir apporter une attention toute particulière au cas actuel, lorsque cette femme est venue nous consulter pour la première fois, il y a environ deux mois, à notre policlinique dermatologique de La Rochefoucauld. Nous avons chargé de son examen notre ancien interne, M. Mirallié, et nous l'avons prié de demander à son chef, M. le Dr Dejerine, de vouloir bien examiner soigneusement la malade et de nous aider de sa haute compétence en neuropathologie.

Voici l'observation du cas telle qu'elle a été prise par M. Mirallié :

La malade est une femme de 47 ans, qui a toujours été assez bien portante, mais qui a toujours été sujette à des maux de tête violents survenant après des refroidissements, et à des douleurs articulaires de peu de durée. Elle a un caractère vif et emporté ; jamais elle n'a eu de crises nerveuses.

En 1887, trois semaines après un accouchement, elle a éprouvé une vive contrariété, et quelques jours ensuite elle a vu survenir une éruption eczémateuse à la figure sur les deux joues, puis les deux mains ont été atteintes. Cet eczéma se montrait surtout pendant l'hiver et au moment des grandes chaleurs ; il disparaissait au contraire au printemps et à l'automne.

Peu à peu l'eczéma des mains s'est aggravé et étendu ; il a pris successivement toute la partie de la face dorsale des mains qui est innervée par

le radial, c'est-à-dire la face dorsale du pouce, de l'index, du médius, et la moitié externe de la face dorsale de l'annulaire ; jamais (et la malade est des plus affirmatives à cet égard), jamais la moitié interne de la face dorsale de l'annulaire n'a été atteinte.

Il y a six mois la face palmaire des deux mains s'est prise à son tour dans toute la partie qui est innervée par le médian. L'eczéma y occupe donc maintenant la face palmaire du pouce, du médius, la moitié externe de la face palmaire de l'annulaire, et l'éminence thénar tout entière.

Enfin, depuis un mois environ, le bras gauche est le siège de douleurs, peu vives d'ailleurs, qui ne se produisent que lors des mouvements.

Lorsque la malade s'est présentée vers le milieu de mai à la policlinique de La Rochefoucauld, l'aspect de ses mains était des plus curieux et attirait forcément l'attention.

La face palmaire était nettement divisée en deux régions à limites tranchées : au niveau de la partie cubitale la peau était saine, lisse, souple, recouverte d'une abondante transpiration. Sur toute la région externe innervée par le médian, la peau était au contraire sèche, rugueuse, traversée par des profonds sillons, presque par des crevasses : on y voyait çà et là des traces de vésicules rompues et elle était le siège d'une desquamation assez peu abondante. Sur la face palmaire des doigts, les sillons qui correspondent aux articulations phalangiennes sont couverts de lésions eczémateuses très prononcées surtout au niveau du médius et du pouce. La peau de ces doigts est sèche et rugueuse, sillonnée au niveau de chaque phalange de plis verticaux. La moitié externe de la face palmaire de l'annulaire présente comme le reste de la région externe de la main des lésions eczémateuses caractérisées par de la rougeur, des vésicules, de la desquamation ; la moitié interne de la face palmaire de l'annulaire est au contraire parfaitement saine.

Même disposition de l'éruption à la face dorsale des mains et des doigts. Toute la région innervée par le radial est couverte d'eczéma typique avec rougeur, vésicules, croûtelles, desquamation ; les espaces interdigitaux situés entre l'index et le médius, entre le médius et l'annulaire sont également intéressés. La face interne de l'annulaire est indemne.

Les lésions éruptives s'arrêtent brusquement vers le poignet au niveau du pli de flexion de la main sur l'avant-bras.

Les ongles du pouce, de l'index, du médius, et la moitié externe de l'ongle de l'annulaire présentent des déformations très nettes, qui sont surtout accentuées à la main droite et au pouce et à l'index gauche. D'après les renseignements fournis par la malade, l'ongle du pouce droit est déjà tombé à la suite d'une éruption analogue il y a deux ans. Ces altérations unguéales consistent en inégalités, stries, dépressions ou sillons en forme de coup d'ongle surtout dirigés dans le sens transversal, en ponctuations ; enfin, en certains points, la substance unguéale s'effrite et les diverses couches semblent se séparer les unes des autres. La matrice unguéale est dans toute son étendue le siège de lésions eczémateuses des plus nettes.

L'éruption est parfaitement symétrique.

En résumé, il s'agit d'un eczéma symétrique des deux mains exactement localisé aux territoires innervés par le radial et le médian.

Or, sur toutes les régions atteintes d'eczéma, il y a une diminution fort nette de la sensibilité au tact, à la piqûre, à la chaleur : la sensibilité est d'autant plus diminuée que l'on se rapproche davantage de l'extrémité des doigts. Sur la moitié externe de l'annulaire des deux mains la sensibilité est affaiblie, cependant il semble qu'elle l'est à un moindre degré que sur le pouce, l'index et le médius ; sur la moitié interne du même doigt elle est normale, comme d'ailleurs sur les régions de la main innervées par le cubital et sur tout le reste du corps.

La malade éprouve au membre supérieur gauche des douleurs assez vives qui se produisent surtout lorsqu'elle exécute des mouvements : elles s'exaspèrent aussi pendant la nuit et le matin au réveil. En outre, elle y perçoit d'une manière constante des sensations d'engourdissement et de lourdeur. Ces phénomènes douloureux siègent sur toute la longueur du bras, depuis l'épaule jusqu'au poignet : ils ont trois maxima, à l'épaule, au coude et au poignet, et ils sont plus spécialement localisés au bras à sa partie antérieure et interne, à l'avant-bras à sa partie antérieure. La pression sur le nerf médian, au niveau de la région axillaire, sur le trajet du bras, au coude et au poignet est douloureuse. Les mouvements du membre supérieur sont douloureux et quelque peu limités quoique les articulations soient parfaitement indemnes.

La malade éprouve en outre au bras droit une sensation de froid assez intense : de ce même côté, il existe des douleurs irradiées vers le thorax, en particulier vers les deuxième, troisième, quatrième espaces intercostaux jusqu'à la ligne médiane. Quand elle remue la tête, elle prétend percevoir une sensation de craquement des deux côtés de la colonne cervicale. La pression sur les premières vertèbres cervicales est un peu douloureuse : cependant on ne constate aucune déformation à ce niveau.

La malade ne présente aucun stigmate d'hystérie ni de neurasthénie; les principaux viscères sont sains.

Peu à peu les lésions eczémateuses se sont atténuées sous l'influence de pommades diverses à l'oxyde de zinc. Des pulvérisations de chlorure de méthyle ont calmé les douleurs spontanées : la malade peut maintenant dormir. Le trajet du nerf médian n'est presque plus douloureux à la pression, et la sensibilité a reparu dans presque toute son intégrité au niveau des doigts.

En somme, la malade que je présente aujourd'hui à la Société a été atteinte d'éruptions eczémateuses d'aspect, localisées d'une manière absolument symétrique aux deux mains, sur les territoires des branches terminales du nerf médian et du nerf radial. Elle offrait en outre, au moment de l'acmé de son éruption, des troubles sensitifs des plus nets, exactement superposés aux lésions eczémateuses. Cette localisation précise, jointe aux phénomènes douloureux constatés sur le trajet du médian du côté gauche, a conduit M. le Dr Dejerine à conclure dans ce cas à un trouble trophonévrotique lié à une lésion de

ces nerfs, probablement à une névrite. L'examen minutieux de la malade lui a fait rejeter l'hypothèse d'une lésion de l'axe encéphalo-médullaire.

J'avoue pour ma part que, lorsque j'avais vu pour la première fois cette femme, j'avais pensé tout d'abord à une lésion quelconque (bien minime évidemment) siégeant vers l'origine du plexus brachial, à cause de la symétrie absolue de l'éruption et des troubles sensitifs. Inutile d'ajouter que je m'incline devant le diagnostic formulé par mon éminent collègue et ami M. le Dr Dejerine.

Il n'en est pas moins vrai que voici un fait des plus démonstratifs et des plus irréfutables qui prouve à mon sens qu'une éruption eczémateuse typique caractérisée par de la rougeur, de la vésiculation fine et moyenne, des croûtes, de la desquamation, etc., peut être consécutive à une lésion du système nerveux. Certes, on a bien décrit jusqu'ici des éruptions zoniformes de psoriasis (voir la communication de M. le Dr Thibierge du 16 novembre 1893 à la *Soc. de Dermatologie*), de lichen planus ; etc. Nous-même nous avons été assez heureux pour observer cette année-ci, à notre policlinique de La Rochefoucauld, une éruption de névrodermite chronique circonscrite (Lichen simplex chronique de E. Vidal) disposée en une traînée linéaire verticale depuis l'ischion jusqu'au talon suivant le trajet de la branche cutanée du nerf petit sciatique et du saphène externe. M. le Dr Du Castel a présenté à cette Société, le 16 novembre 1893, une femme atteinte d'une éruption lichénoïde sur le trajet du nerf cubital, à la suite d'un traumatisme ; mais, sauf l'observation d'Arnozan-Brouardel dont nous avons parlé plus haut et sur laquelle nous ne possédons pas malheureusement assez de détails, nous ne connaissons pas d'observation aussi précise que la nôtre.

Ici le nerf cubital n'a pas subi de modification morbide et son territoire est resté indemne, preuve lumineuse du rôle pathogène que jouent les altérations du médian et du cubital.

Or supposez pour un moment que le cubital, lui aussi, ait été atteint, nous aurions eu alors affaire à un eczéma symétrique d'aspect banal pour lequel nous aurions en vain réclamé l'origine nerveuse : nous nous serions heurté, comme pour nos diverses névrodermites, à une incrédulité générale.

Nous savons bien cependant que ce fait est encore susceptible d'une autre interprétation. On peut soutenir que la malade étant sujette à de l'eczéma, cet eczéma est venu se localiser chez elle au point faible de son organisme, c'est-à-dire aux régions dont la sensibilité était intéressée par suite d'une névrite. Nous sommes loin de rejeter cette explication : elle est parfaitement plausible. Elle nous sourit d'autant mieux d'ailleurs qu'elle cadre avec la pathogénie multiple que nous avons admise dans notre pathologie générale de la peau

pour beaucoup de dermatoses et pour l'eczéma en particulier. Mais quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il n'en est pas moins certain que le fait dont je viens de vous entretenir prouve jusqu'à l'évidence le rôle majeur que le système nerveux peut jouer dans la pathogénie de certains eczémas, et il vient ainsi confirmer d'une manière éclatante ce que l'observation clinique, l'analyse minutieuse des faits, et même les résultats thérapeutiques [voir les curieuses recherches de R. Crocker (*British medical Journal*, 9 juillet 1887) et de H. G. Brooke (*Ibid.*, 30 juillet 1887], nous avaient déjà fait pressentir.

M. Du Castel. — L'affection a-t-elle été suintante ?

M. Brocq. — Elle a présenté tous les signes de l'eczéma le plus typique et le plus vulgaire.

Eczéma symétrique des membres supérieurs accompagné de douleurs névralgiques.

Par M. Du Castel.

Du malade de M. Brocq, je vous demanderai la permission de rapprocher un malade entré ces jours-ci dans mon service. C'est un jeune garçon, sommelier de son état, atteint d'eczéma des mains : nous sommes donc ici en présence d'une affection professionnelle, mais elle a pris une allure spéciale sur les mains. A gauche, l'eczéma se présente sous forme d'une bandelette occupant la partie médiane du dos des deux phalanges du pouce et du métacarpien ; à droite, la lésion présente une symétrie parfaite, le placard est seulement un peu plus large ; le reste des mains est indemne. Il faut remarquer que, depuis quelque temps, le malade ressent dans les deux bras, surtout le droit, des douleurs névralgiques vives. Or, c'est de ce côté que la lésion du pouce est plus développée ; et de plus, sur la partie supérieure du membre de ce côté, à la partie externe du bras, on voit débuter un placard d'eczéma allongé de six centimètres sur deux. Je ferai encore remarquer que, tout en appartenant aux lésions eczématiformes, la lésion de notre malade est peu suintante.

Syphiloïde infantile due au pityriasis versicolor.

Par MM. Alfred Fournier et Sabouraud.

Le 14 juin dernier, une jeune mère nous présentait, à la consultation de cet hôpital, son petit enfant, âgé de six semaines, que tout concourait au premier abord à nous signaler comme entaché de syphilis héréditaire.

D'une part, en effet, l'enfant en question était remarquablement petit, étiolé, chétif, d'aspect rabougri. Venu avant terme, il pesait 2,570 gr., à six semaines.

D'autre part, il offrait au plus haut degré ce qu'on appelle le facies athrepsique et sénile. Quand il pleurait — et il pleurait dès qu'on le touchait — son front et tout son visage se couvraient de rides. Littéralement, on eût dit un petit vieillard.

Enfin et surtout ses membres inférieurs étaient criblés, dans toute leur hauteur, d'une éruption confluente dont la physionomie générale et, plus spécialement encore, la modalité circinée évoquèrent immédiatement le soupçon de syphilis.

Notre première impression, comme celle de toutes les personnes présentes, fut que nous avions affaire, en l'espèce, à un cas de syphilis héréditaire.

L'enfant fut aussitôt admis à l'hôpital avec sa mère.

Là, un examen plus complet nous apprenait ceci :

L'enfant a toujours été débile, chétif, sans avoir jamais été malade, à proprement parler.

Il tette assez bien, et cependant il dépérit depuis un certain temps. — L'éruption a débuté *avec le quinzième jour* après la naissance. D'abord, elle s'est cantonnée au niveau des chevilles, sous forme de boutons « pustuleux », qui devenaient le centre de « placards rouges et ronds ». Puis, brusquement, elle a envahi les jambes et surtout les cuisses. En quatre jours, toute la face externe des deux cuisses, dans leur hauteur intégrale, a été couverte de « larges nappes rouges, la plupart bien arrondies, quelques-unes en anneau ».

Actuellement, l'éruption occupe la presque totalité des membres inférieurs, à l'exception des pieds. Elle est surtout prédominante à leur face externe. Elle est constituée principalement par des éléments *érythémato-papuleux*, à centre gris blanchâtre. De ces éléments la plupart représentent des *cercles* d'un diamètre variable entre celui d'une lentille et celui d'une pièce de 50 centimes, voire d'un franc pour quelques-uns. Les uns sont isolés ; d'autres, en bien plus grand nombre, ont formé par fusion de voisinage des placards à contenus *polycycliques*. Comme exemple à la partie supérieure de la cuisse droite, un vaste placard est formé par la coalescence de quatre cercles qui en toute assurance ont été originairement distincts. Çà et là, surtout vers la racine des membres, quelques très petits éléments papuleux, dont l'épiderme semble en voie de soulèvement.

Deux particularités frappent encore l'attention, à savoir :

1° D'abord, la couleur de l'éruption. Cette couleur, sur la périphérie des placards, est d'un rouge vif, floride, congestif, inflammatoire, qui disparaît presque complètement sous la pression du doigt. Elle rappelle la teinte de certains érythèmes polymorphes à physionomie vultueuse, si j'ose ainsi parler.

2° L'état des portions centrales de quelques-uns de ces disques éruptifs, sur lesquels on observe ceci : excentriquement, une zone circulaire d'un rouge vif; incluse dans cette zone, une portion centrale d'aspect des-

quamatif et d'un *gris cendré*, semblant constituée par une incrustation furfuracée, finement grenue, adhérente, et rappelant d'aspect la surface d'un papier de verre à menus grains.

Tel était l'exanthème, rappelant en somme fort bien une syphilide, à cela près d'une anomalie de coloration. Mais cette anomalie n'était-elle pas explicable? Sans doute l'éruption était bien rouge, *trop rouge* pour une syphilide; mais ne pouvait-elle devoir cette teinte inflammatoire à une cause irritative surajoutée, telle que la macération dans des langes fréquemment imbibés d'urine ou de matières fécales ?

Au total, nous aurions été moins que surpris de voir cette hypothèse confirmée par les autres éléments diagnostiques qu'il nous restait à interroger. Mais bientôt tout vint la contredire, l'exclure, la rendre impossible, inacceptable, à savoir :

1° Absence, sur l'enfant, de tout autre symptôme, de toute autre manifestation ayant trait à la syphilis. Inutile, je pense, de détailler cet examen négatif, qui se résume en un mot: *rien*, absolument rien, de nature à mettre en cause la syphilis.

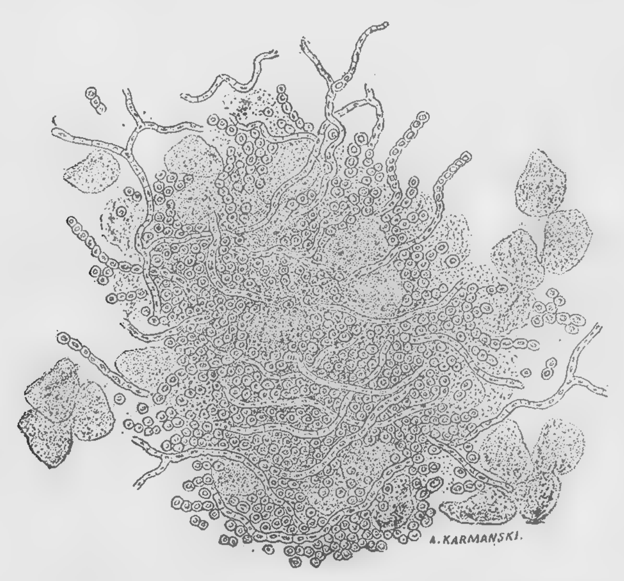


FIG. 1. — *Squame du pityriasis versicolor typique de la mère* (gross. : 300 diam.).

2° De même, absence, chez la mère, de tout antécédent suspect, de tout symptôme actuel de syphilis.

3° De même enfin, chez le père (que nous mandâmes à l'hôpital pour l'interroger et l'examiner en détail), rien comme antécédents, comme stigmates et comme signes actuels de syphilis.

Notre hypothèse se trouvait donc condamnée.

Mais alors, de quoi pouvait-il s'agir, et qu'était cette éruption ? Avions-nous affaire à un érythème simple, de modalité bizarre? Ou bien à une variété non moins bizarre d'érythème polymorphe? Ou bien encore à quelque type de ces curieuses affections qu'ont étudiées MM. Sevestre et Jac-

quot sous le nom de syphiloïde post-érosive ? Ou bien, enfin, à quelque autre dermatose se dissimulant sous une forme anormale ?

Très perplexes, nous agitions ces diverses hypothèses, à part nous, lorsqu'un hasard, un pur hasard (nous le confessons) vint nous tirer d'embarras et révéler subitement le diagnostic vrai, cela dans le sens le plus imprévu, le plus invraisemblable, sinon même, sans exagération, le plus extraordinaire. Et voici comment.

En examinant la mère de l'enfant, nous avions constaté sur elle, au niveau du thorax et entre les seins, quelques petits placards bien évidents de pityriasis versicolor. Pour confirmer ce diagnostic, je priai M. Sabouraud de vouloir bien détacher quelques squamules de ces placards et de les examiner au microscope. « En même temps, lui dis-je, grattez donc aussi quelques îlots de l'éruption de l'enfant, pour voir si, par impossible,

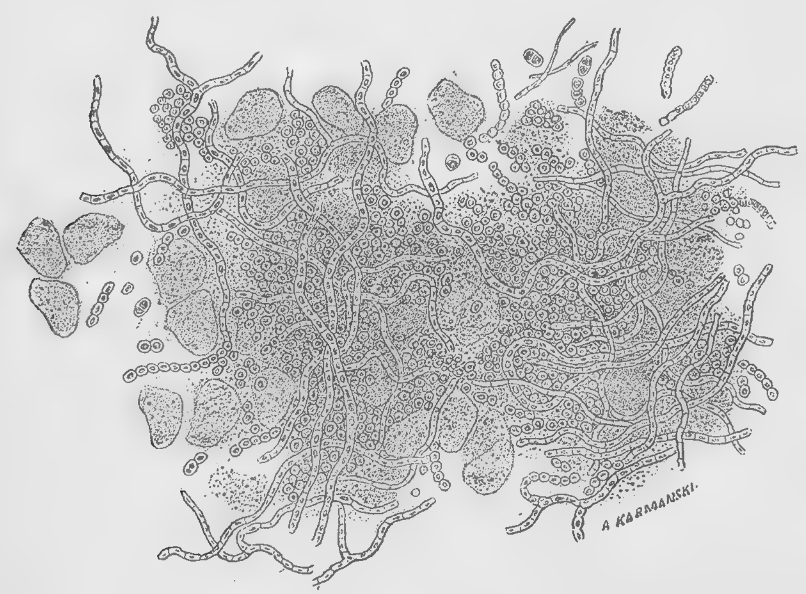


Fig. 2. — *Squame du pityriasis versicolor atypique de l'enfant* (gross. : 300 diam.).

un semblable examen nous apprendra quelque chose. » M. Sabouraud procéda séance tenante à cette double recherche. Vingt minutes après, il nous revenait stupéfait, pour nous dire : « Comme nous nous y attendions bien, l'éruption de la mère est du pityriasis versicolor ; mais, comme nous nous y attendions en rien, l'éruption de l'enfant n'est rien autre, également, que du pityriasis versicolor. Voyez plutôt ! Les préparations que je viens de faire avec les squames de l'enfant sont absolument identiques à celles que je viens de faire avec les squames de la mère, et toutes deux sont des types irrécusables du pityriasis versicolor, du microscoporon furfur d'Eischstedt. »

C'était à n'y pas croire. Aussi bien, inutile de dire qu'on se remit à l'œuvre pour contrôler ce premier résultat. Des squames furent à nouveau recueillies sur l'enfant, en des points divers, et soumis à de multiples et

rigoureux examens. Or, impossible de s'y tromper. Tous ces examens démontrèrent en toute évidence « les mycéliums contournés et les nids de spores latéraux aux filaments mycéliens, tous signes caractéristiques du microsporon furfur. Ces éléments mêmes, dit M. Sabouraud, s'y rencontraient avec une abondance anormale, supérieure à ce qu'on observait chez la mère... Parmi les filaments mycéliens, les uns étaient grêles et élancés, à cloisons intercellulaires distantes ; les autres se montraient plus gros, contournés, noueux, et leurs cellules mycéliennes étaient plus complètement sporulées. Entre les filaments mycéliens, on retrouvait ces amas inégaux de spores que, sous le nom de *grappes*, on décrit comme caractéristiques en l'espèce ».

Donc, en toute assurance, l'éruption de l'enfant n'était rien autre qu'un pityriasis versicolor, et cela malgré son aspect à coup sûr très insolite.

Maintenant, pourquoi cet aspect insolite et trompeur? Pourquoi cette apparence congestive et inflammatoire? Pourquoi cette coloration rouge et floride se substituant à la teinte usuelle, c'est-à-dire à la teinte jaunâtre, *café au lait*, du placard de végétation du microsporon furfur? Pourquoi aussi cette anomalie de progression rapide, subitement envahissante, au point de couvrir en quelques jours toute l'étendue du membre inférieur? Toutes ces exceptions sont-elles dues aux conditions spéciales de germination dans lesquelles s'est trouvé le parasite, sur un tout jeune enfant, sur des téguments assidûment excoriés par l'urine et les matières fécales, etc? Ces diverses questions, quant à présent, ne peuvent qu'être soulevées, et il nous semblerait imprudent, avec un fait unique, d'essayer de leur donner une solution. Bornons-nous donc à signaler le cas, sans prétendre l'interpréter.

Toujours est-il que l'évolution morbide ultérieure se montre absolument conforme à la nature de la maladie, en ce sens que, sous l'influence des moyens les plus simples, l'affection entra rapidement en régression, puis s'effaça et disparut.

Les premiers jours, en raison de l'état d'excitation inflammatoire des téguments, on se borna à un traitement purement émollient : bains d'amidon quotidiens, lavages à l'eau boriquée, pommade à l'oxyde de zinc et enveloppements d'ouate.

Plus tard, quand la phlegmasie locale fut un peu amendée, continuation des bains et des lotions; puis onction avec une pommade composée à parties égales d'onguent styrax et d'huile d'amandes douces.

En quelques jours, les placards éruptifs perdirent leur rougeur et les squames s'éliminèrent. Puis l'éruption s'effaça progressivement et disparut. Simultanément l'état général se restaurait; l'enfant reprenait des forces, perdait son aspect sénile et revenait à la santé. Actuellement il est en bon état.

Tel est, Messieurs, le fait en question. Nous l'avons cru digne d'être porté à votre connaissance, et cela pour deux raisons.

C'est, d'abord, que *le pityriasis versicolor n'a pas encore*, croyons-nous, *été signalé dans ces conditions sous la forme et sous l'aspect que nous venons de décrire*, c'est-à-dire avec cette coloration rouge

floride, avec cette modalité circinée d'exanthème aigu, avec cette surabondance éruptive, avec cette rapidité d'évolution, etc.

C'est, en second lieu, que ce fait contient un enseignement qui, nous semble-t-il, ne doit pas être perdu. Il démontre une fois de plus qu'une investigation microscopique minutieuse est absolument indispensable au diagnostic de ces bizarres exanthèmes infantiles qui, bien qu'étudiés de longue date, sont encore loin d'être déterminés et classés et que cette investigation doit être dirigée dans les sens les plus divers, même de ceux qui, au premier abord, pourraient sembler des moins logiques, des plus irrationnels, des plus invraisemblables. A preuve notre cas. Sans le hasard qui nous a si utilement servi, aurions-nous jamais pensé au pityriasis versicolor ? Aurions-nous songé à le rechercher ? Et, alors, quel eût été notre diagnostic en l'espèce, sinon une erreur ajoutée à tant d'autres qui, en pareil cas, ont dû être commises, par nous-mêmes les premiers ?

Au total et pour nous résumer, trois points ressortent des faits que nous venons d'avoir l'honneur de vous exposer, à savoir :

1° Que le pityriasis versicolor peut se développer dans tout le jeune âge, voire, comme dans le cas actuel, quinze jours après la naissance ;

2° Que, venant à se produire en de telles conditions, il peut se présenter sous une forme absolument insolite : celle d'un exanthème aigu, à modalité circinée prédominante ; à coloration rouge floride, congestive avec îlots pulvérulents d'un gris cendré ; à évolution très rapidement extensive ; à réaction possible sur l'organisme ;

3° Que sous cette forme, il peut revêtir un aspect syphiloïde des plus trompeurs au point d'en imposer au premier coup d'œil pour une syphilide ; et qu'à ce titre il prend place au nombre de ces singuliers exanthèmes du jeune âge auxquels on applique actuellement la dénomination de *syphiloïdes infantiles*, dénomination à coup sûr très impropre et détestable au point de vue d'une nomenclature nosologique, mais excellente au point de vue pratique et professionnel en ce qu'elle dénonce par elle seule la possibilité de graves erreurs à éviter.

M. Brocq. — Le fait des plus intéressants et unique jusqu'ici que vient de rapporter M. Fournier est-il aussi extraordinaire qu'il le paraît au premier abord ? En ce qui concerne l'érythrasma, on peut distinguer une forme torpide et une forme aiguë. Il faudrait peut-être aussi reconnaître dans le pityriasis versicolor deux variétés, l'une chronique, la plus fréquente, l'autre aiguë, celle dont M. Fournier vient de nous donner un exemple remarquable. A ce sujet, je demanderai à M. Sabouraud s'il existe plusieurs variétés de *microsporon furfur*.

M. Sabouraud. — Il est impossible à l'heure actuelle de répondre à cette question. Quelques auteurs ont seuls réussi à cultiver le parasite du pityriasis versicolor, encore les résultats auxquels ils sont arrivés ne sont-ils pas

concordants. Pour ma part, je n'ai jamais pu obtenir une seule culture. Or, pour se prononcer, il faudrait faire de nombreux ensemencements et se livrer à un travail qui exigerait peut-être plusieurs années.

M. Fournier. — J'accepte pleinement l'opinion de M. Brocq. De même qu'il y a un érythrasma froid et un érythrasma aigu, de même il y a deux pityriasis versicolor, l'un aphlegmasique, l'autre exanthématique, d'une coloration toute spéciale.

M. Sabouraud. — En tout cas, il faut admettre la transformation du type aigu en type aphlegmasique, puisque dans notre observation le pityriasis avait chez la mère son aspect habituel.

M. Brocq. — Je crois, pour ma part, avoir vu plusieurs fois une recrudescence aiguë dans le cours de l'érythrasma chronique.

M. Barthélemy. — J'ai observé plusieurs cas d'érythrasma, depuis longtemps torpides et localisés dans les points classiques, et passant, sans raison apparente, sans changement dans le genre de vie ni dans l'état de santé des sujets, à l'état aigu, et envahissant d'autres régions et notamment les aisselles où se montraient de larges placards rouges suraigus, douloureux même, mais toujours circinés et gardant les autres caractères nets de l'érythrasma.

De même pour le pityriasis versicolor, j'ai vu des cas aigus et généralisés, affectant la coloration rose très marquée, mais gardant la disposition circinée, bien qu'étendue à une très grande partie du tronc, sinon à la totalité.

Mais ce qui m'a frappé dans le cas que M. Fournier montre aujourd'hui et qu'il m'a montré huit ou dix jours après la photographie présentée, c'est non seulement l'état aigu de la dermite, mais sa généralisation au dos, aux membres inférieurs, à la région sous-ombilicale de l'abdomen sous l'aspect de placards *confluents*, de telle façon qu'on avait l'impression d'un vaste érythème chez un enfant débilité, presque cachectique, mais qu'on ne pouvait cliniquement penser d'emblée à une dermite mycosique. Ce cas est donc absolument remarquable et doit être retenu pour le diagnostic exact des dermites de l'enfance.

M. Jacquet. — Après diagnostic établi par le microscope, M. Fournier a-t-il obtenu le signe du coup d'ongle ?

M. Fournier. — Non. L'aspect desquamatif était différent. On ne détachait pas de copeaux. L'enfant vivait, pour ainsi dire, dans un bain d'urine et même de matières fécales ; il y avait là des conditions de siège qui rendaient la germination plus floride.

M. E. Besnier. — Je pense, en effet, que ce sont des conditions extrinsèques qui, dans l'érythrasma comme dans le pityriasis versicolor, donnent lieu aux formes aiguë et torpide. M. Balzer et moi nous avons étudié comparativement de nombreux cas aigus et chroniques d'érythrasma sans pouvoir trouver entre eux de différences fondamentales.

Sur un cas de lichen scrofulosorum simulant le pityriasis rubra pilaire et le lichen de Wilson. Démonstration de sa nature tuberculeuse.

Par M. H. Hallopeau.

Dans deux présentations faites cette année à notre Société, nous nous sommes efforcé de mettre en relief les analogies que peuvent présenter les éléments éruptifs dans le lichen de Wilson et dans le pityriasis rubra pilaire.

L'éruption dont est atteint l'enfant qui fait aujourd'hui l'objet de notre communication montre de nouveau ces difficultés en même temps que la possibilité d'une nouvelle cause d'erreur.

Il n'y a dans la famille d'autres antécédents dignes d'être notés que l'existence d'une tuberculose chez une tante de l'enfant; sa mère a eu antérieurement deux enfants mort-nés.

Celui-ci, nommé Pierre C..., est âgé de 20 mois; il est atteint, depuis huit mois environ, d'une éruption localisée au-dessus du genou gauche; elle s'est rapidement compliquée d'adénopathies inguinales qui suppurent encore.

Il y a huit jours, une éruption abondante s'est produite sur le tronc et les membres.

Il s'agit d'un enfant malingre et d'apparence débile.

On voit au-dessus du genou gauche l'éruption de date ancienne : elle est constituée par un groupe de saillies papulo-tuberculeuses dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une lentille; elles sont d'une coloration rouge foncé et de consistance molle; la peau qui les sépare est d'un rouge violacé et cicatricielle : ses plis sont exagérés; dans l'aine correspondante, on voit une cicatrice très profonde et fistuleuse; au-dessus d'elle, on perçoit une volumineuse induration ganglionnaire. Un petit nombre d'éléments plus petits sont disséminés autour du groupe sus-rotulien.

Sur le tronc, les éléments éruptifs récents sont constitués par des papules miliaires, arrondies ou acuminées, brillantes, rosées et groupées en surfaces irrégulièrement circulaires; en passant la main sur elles, on éprouve une sensation de râpe; les éléments sont très abondants sur les deux tiers inférieurs de la poitrine et supérieurs de l'abdomen; ils sont moins nombreux dans la partie médiane que latéralement; l'éruption est beaucoup moins abondante sur la partie postérieure du tronc : on la retrouve avec les mêmes caractères dans les plis des coudes, ainsi qu'autour des poignets; on voit des groupes de papules sur le dos des premières phalanges du pouce et de l'annulaire de la main gauche, ainsi que dans plusieurs espaces interdigitaux de la main droite.

Sur les membres inférieurs, on trouve les mêmes groupes de papules. On en voit d'agglomérées autour du foyer tuberculeux; d'autres sont notablement plus volumineuses et d'une coloration plus foncée; un certain nombre d'entre elles sont recouvertes de squames très fines; on en voit d'acuminées avec grain central; les mêmes éléments

occupent la face dorsale des premières phalanges des premier et troisième orteils du pied droit, et de tous les orteils du pied gauche, sauf le quatrième.

Un dernier fait à signaler, est la présence dans la paume de la main gauche d'un grand nombre de dépressions variant du volume d'une pointe à celui d'une tête d'épingle et représentant, en toute évidence, des orifices sudoripares dilatés.

La première impression, en abordant ce malade, est celle d'un *lichen scrofulosorum* : le groupe d'éléments tuberculeux qui existent depuis huit mois au-dessus du genou gauche, la suppuration inguinale persistante qui lui a fait suite, l'intégrité de la face, l'aspect miliaire de l'éruption du tronc sont en faveur de ce diagnostic.

D'autre part, la forme acuminée des papules des membres inférieurs, leur volume plus considérable et surtout leur groupement sur le dos des premières phalanges de plusieurs doigts et de la plupart des orteils plaideraient pour un pityriasis rubra pilaire.

Enfin les dilatations si remarquables des orifices sudoripares dans la paume de la main n'avaient été signalées jusqu'ici, avec ces caractères, que dans le lichen de Wilson : des arguments peuvent donc être invoqués en faveur de chacune de ces trois interprétations.

Néanmoins, il est un fait qui nous conduit au diagnostic de lichen scrofulosorum, c'est le groupement autour de la néoplasie tuberculeuse de la cuisse de papules miliaires, semblables à celles du tronc. Réciproquement, ce groupement semblable à celui que nous avons signalé dans un autre fait, bien que moins accentué, confirme la nature tuberculeuse de cette éruption ; pour la seconde fois, la clinique vient ainsi nous fournir un argument d'une valeur absolue en faveur de cette manière de voir, établie d'un autre côté par un examen bactériologique de Jacobi et rendu très vraisemblable par une étude anatomo-pathologique de Darier.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Les papules du lichen scrofulosorum peuvent offrir les mêmes caractères cliniques et localisations phalangiennes que celles du pityriasis rubra pilaire* ;

2° *L'on peut observer dans cette maladie des dilatations des orifices sudoripares identiques à celles que l'on voit dans le lichen de Wilson ;*

3° *Les lésions tuberculeuses pathogénétiques des papules du lichen scrofulorum ne sont donc pas exclusivement localisées dans les glandes pilo-sébacées ; elles peuvent également intéresser les glandes sudoripares ;*

4° *Des éruptions de causes différentes peuvent offrir des caractères cliniques identiques ;*

5° *Le groupement des papules du lichen scrofulosorum autour d'éléments tuberculeux vient de nouveau établir la nature tuberculeuse de cette dermatose.*

Dermatite herpétiforme de Duhring. Variété érythémato-pustuleuse. Troubles trophiques consécutifs.

Par M. LOUIS WICKHAM.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est en cours d'observation dans le service de M. le professeur Fournier, depuis le 24 mars 1894. Chaque jour apporte quelque modification, et le moment n'est point encore venu d'en donner l'histoire complète. La présentation actuelle a pour but de mettre la Société au courant des péripéties de cette histoire morbide dont j'espère pouvoir ultérieurement l'entretenir à nouveau.

Voici, résumées en quelques mots, les principales lignes de l'observation :

T..., âgé de 50 ans, originaire de l'Aveyron, exerçant le métier de palefrenier, est atteint de son mal depuis 9 ans.

Au début, quelques éléments éruptifs seuls ont apparu, et ce n'est que vers la quatrième année, que ceux-ci sont devenus abondants.

Toujours, à tous moments de l'évolution, les lésions ont eu même apparition, même évolution.

Ce sont, tout d'abord, une ou plusieurs pustules qui apparaissent sur peau saine. Bientôt le nombre des pustules augmente et leur base s'enflamme ; il en résulte la production de placards érythémateux, légèrement saillants, à la surface desquels sont disséminées un grand nombre de pustulettes.

Il semble qu'il se produise en quelques foyers une véritable germination sur place. Ce point n'est pas encore établi en toute évidence.

Certains foyers s'évanouissent quelques jours après leur apparition. D'autres évoluent et dépassent les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Aux jambes les placards sont énormes et particulièrement tenaces.

L'élément primitif est donc ici la pustule; c'est elle que l'on retrouve partout au début de chaque poussée.

La plupart de ces placards érythémato-pustuleux laissent à leur suite une pigmentation violacée de la peau. Cette coloration varie beaucoup d'intensité selon les régions observées.

Au niveau de ces pigmentations, la peau est plus ou moins épaissie, infiltrée, comme sclérosée et c'est là le côté le plus intéressant du sujet. Ainsi à l'abdomen, on constate une large bande sclérosée, de 15 à 20 centim. de longueur.

Aux jambes, l'épaississement est très accentué ; en ce point, il existe une véritable tuméfaction dépassant de 1 centim. le niveau de la peau

saine voisine. Par places sur l'abdomen, aux membres, on constate quelques petites tumeurs d'aspect chéloïdien.

Par places, la peau paraît amincie, lisse, brillante, comme atrophiée. Au dos des mains, où la peau est fine et atrophiée, on constate un épaississement des tissus sous-cutanés.

Pas d'altération des muqueuses. Rien à la face ni au cuir chevelu. Le malade a perdu des ongles des doigts il y a deux ans.

L'évolution de la maladie s'est constituée par une série de poussées successives.

Sensibilité. Pas de signes autres qu'un prurit constant avec périodes d'exacerbation entraînant l'insomnie et très longues phases de prurit léger.

Le prurit est bien localisé au niveau des foyers. Il ne précède pas les poussées.

L'*état général* est bien conservé.

Le malade a été traité surtout par des bains et de l'arsenic.

Il est difficile de se prononcer dès maintenant sur le diagnostic exact de cette affection. L'histologie faite par M. Darier apportera des renseignements précieux. Le liquide des pustules est ensemencé avec résultat négatif.

Quelques caractères rapprochent cette affection de la maladie de M. Hallopeau, connue sous le nom de dermatite pustuleuse en foyer à progression excentrique,

Mais nous trouvons ici le polymorphisme, le prurit, la pigmentation, les poussées successives, la conservation de l'état général, tous signes qui autorisent à considérer cette affection comme une variété de la dermatite de Duhring.

M. Brocq. — Ce qui est réellement anormal dans le cas présent, c'est une infiltration presque lardacée des téguments qui n'est pas habituelle dans la maladie de Duhring. Quant à l'évolution pustuleuse, elle a déjà été signalée.

M. Tenneson. — Je pense que les pustules dans la maladie de Duhring sont presque toujours le résultat d'une infection secondaire. Quand on recouvre d'un verre de montre une bulle à contenu limpide, le liquide ne se trouble pas.

M. Wickham. — Plusieurs fois j'ai constaté par l'examen bactériologique que le contenu des pustules pouvait être stérile.

M. Brocq. — Dans la maladie de Duhring, il y a des périodes où il n'y a que des pustules, d'autres où il n'y a que de l'érythème, des vésicules ou des bulles. Dans bien des cas où la pustulation est abondante, il semble bien que toutes les pustules n'ont pas été infectées secondairement et qu'elles sont primitives comme dans la variole. Je suis donc porté à penser que, par elle-même, la maladie de Duhring peut faire du pus. Cependant l'opinion de M. le Dr Tenneson demande à être vérifiée par des observations précises.

Trichophytie d'origine aviaire.

Par M. SABOURAUD.

Voici, Messieurs, la tête et le cou d'une poule trichophytique qui m'a été envoyée par M. Mégnin et qu'il a présentée lui-même à la Société de biologie.

Sur la totalité de la tête et toute la face antérieure du cou, les plumes sont tombées complètement et à la base d'implantation de chacune d'elles on peut remarquer un cône d'apparence épidermique, saillant de un millimètre à un millimètre et demi environ. Ces cônes à l'examen microscopique montrent entre les éléments cellulaires une prodigieuse quantité de filaments mycéliens et de spores agminées en chaînes régulières, caractéristique des trichophytons vrais.

Le fait extrêmement important qu'apporte ici cette rare observation c'est que le trichophyton qui cause ces lésions est précisément l'espèce trichophytique à cultures roses que depuis deux ans j'ai trouvée trois fois dans la trichophytie pilaire de la barbe chez l'homme. Elle cause chez l'homme une trichophytie *sèche* que j'ai tenté de caractériser en disant qu'elle rappelait la forme de *l'ichtyose pilaire.*

Or, vous voyez que chez l'animal la lésion que le même parasite provoque reste identique à elle-même, et que nous retrouvons sur la poule le cône épidermique rappelant le cône des kératoses pilaires, très amplifié il est vrai.

D'autre part, presque chaque fois que j'ai rencontré cette espèce sur l'homme, deux fois sur trois il m'avait été possible de retrouver dans les commémoratifs de la maladie, l'origine *aviaire* incriminée nettement. Mais jusqu'ici il m'avait toujours été impossible d'en faire la preuve. Cette preuve, la voici. Et l'histoire de cette espèce trichophytique se trouve donc à peu près complète.

Voici les cultures provenant de cette poule. Ce sont des cultures directes et vous pourrez remarquer entre les cultures *roses trichophytiques* quelques colonies de penicillum et de moisissures étrangères. J'ai tenu cependant à vous présenter ces cultures mères qui seules sont déjà adultes et présentent leur couleur caractéristique.

Les cultures purifiées qu'elles m'ont permis d'obtenir et que voici sont encore trop jeunes pour pouvoir servir de démonstration.

Je puis vous montrer comparativement des cultures d'origine humaine remontant à plus de vingt mois, et qui proviennent des trichophyties pilaires sèches à forme d'ichtyose pilaire qui m'ont présenté cette espèce pour la première fois.

Cet exemple peut prouver plusieurs points importants dans l'étude des trichophyties.

1° D'abord l'importance majeure de l'étude des commémoratifs dans les trichophyties de l'homme qui ont une origine animale ;

2° En second lieu la spécificité de la lésion que certaines espèces trichophytiques provoquent puisque la lésion de la poule elle-même est excessivement proche dans ses caractères de la lésion pilaire de l'homme ;

3° Cet exemple pourrait aussi prouver la longue patience nécessaire à l'établissement de chacun des types trichophytiques de l'homme quand ils relèvent d'une origine animale ; car voici plus de vingt mois que j'attends pour cette espèce la preuve de son origine aviaire. Et cependant je l'ai décrite pour la première fois en novembre 1892.

Essai de traitement des teignes par l'aldéhyde formique.

Par M. POTTEVIN.

On sait depuis longtemps que l'aldéhyde formique, en solution ou à l'état de vapeurs, jouit de propriétés antiseptiques énergiques.

Pour stériliser une culture de trichophyton développée sur moût de bière, il suffit d'ajouter à celui-ci trois millièmes d'aldéhyde. Exposée aux vapeurs qu'émet la solution aqueuse à 2 p. 100 d'aldéhyde la même culture est tuée en moins de 24 heures.

Le *microsporum Audouini* de la tondante à petites spores et les différents trichophytons sur lesquels j'ai opéré se sont montrés tous à peu près également sensibles.

Les vapeurs d'aldéhyde formique sont très diffusibles : elles peuvent être employées pour arrêter rapidement des cultures faites en milieu solide par piqûre à une profondeur de plusieurs centimètres ; elles diffusent bien au travers des corps gras : 48 heures ont suffi à celles qu'émet la solution aqueuse à 40 p. 100 pour traverser une couche d'huile d'olive de 3 centimètres d'épaisseur.

L'ensemble de leurs propriétés faisait de ces vapeurs un médicament indiqué pour le traitement de la teigne, dont la difficulté consiste surtout à atteindre le parasite au fond du follicule pileux obstrué par le sébum.

Depuis un an j'ai poursuivi mes essais à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'École des teigneux de l'hôpital Saint-Louis. Je veux remercier ici MM. les Drs Jules Simon et Béclère pour la bonté avec laquelle ils m'ont accueilli. Je veux aussi rendre un pieux hommage à la mémoire du Dr Quinquaud qui fut mon premier maître en médecine.

Le mode de traitement auquel je me suis arrêté est le suivant :

Les cheveux étant coupés très ras et la tête soigneusement nettoyée

au savon, on applique sur les endroits malades, ou mieux sur toute l'étendue du cuir chevelu, un matelas de ouate hydrophile imbibé d'une solution d'aldéhyde formique à 2 p. 100. Le tout est recouvert avec un bonnet de caoutchouc ou avec une pièce de taffetas gommé serrée par une bande. Cette compresse est laissée en place pendant 24 heures ; après 24 heures de repos on fait une nouvelle application et on continue ainsi en suspendant les applications ou en prenant des solutions d'aldéhyde plus faibles si le cuir chevelu paraît s'irriter.

La solution à 2 p. 100 est très bien supportée par la généralité des têtes ; pour quelques-unes, plus sensibles, il faut employer, au moins au début, des solutions à 1 p. 100. Je n'ai jamais pu, même sur des têtes accoutumées au médicament, employer couramment des solutions à 3 p. 100.

Mes essais ont porté sur des cas de favus, de tondante (trichophytie et teigne à petites spores), de pelade.

Dans le favus, les applications d'aldéhyde étaient combinées avec l'épilation : celle-ci, telle qu'on la pratique actuellement, m'a paru inutile dans la tondante puisque le cheveu est fragile et ne s'épile pas.

Ce traitement est sans danger et j'ai pu continuer les applications pendant plus de trois mois sans inconvénients ; malheureusement aussi, presque toujours, sans amener la guérison. Malgré quelques rares cas qui font que je n'abandonnerai pas ces recherches, j'estime que nous sommes encore bien loin du but.

J'ai employé, sans constater de différence dans leurs effets, la solution d'aldéhyde pure que je préparais moi-même et diverses aldéhydes commerciales.

Je dois ajouter que les divers traitements que j'ai vu mettre en œuvre pendant mon passage à l'hôpital Saint-Louis m'ont paru tous donner des résultats identiques à ceux du traitement par l'aldéhyde.

Dermatite consécutive à une infection par les gaz des fosses d'aisances.

Par M. Du Castel.

Le nommé Jean J..., âgé de 65 ans, maçon, est entré le 27 juin 1894 à la salle Hillairet, lit n° 15.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires du malade. Le malade lui-même dit ne jamais avoir eu d'affection sérieuse. Il n'est ni rhumatisant ni eczémateux. Il y a une quinzaine d'années il a été affecté d'un érysipèle de la face.

Six semaines environ avant son entrée dans le service, le malade, maçon de son état, était occupé un jour à faire des réparations dans une fosse d'aisances, vide d'ailleurs, mais dans laquelle il s'agissait de déboucher

l'orifice d'un tuyau de chute. Au moment où, l'orifice étant débouché, le tuyau se vida, le malade se sentit pris de vertige, d'une douleur vive dans la tête et d'angoisse respiratoire. Il put cependant sortir spontanément de la fosse, mais il ne put continuer son travail. Il dut garder le lit pendant quatre jours, ressentant des douleurs vives dans la tête, de la courbature, et se trouvait dans un état d'anéantissement complet.

C'est vers le troisième jour environ que débutèrent les accidents cutanés pour lesquels le malade est entré dans le service. Le début s'est fait par la main gauche, main qui, au dire du malade, fatigue le plus dans son métier. Les lésions se sont étendues petit à petit à toute la surface du corps.

Le malade entre à l'hôpital cinq semaines environ après le début de ses accidents.

A son entrée, on constate les phénomènes suivants :

L'éruption que présente le malade est une éruption nettement eczémateuse constituée par des vésicules petites, miliaires, reposant sur un tégument rouge et infiltré, couvert de croûtes et parsemé de craquelures par endroits. Le suintement est abondant, surtout au niveau des membres inférieurs. Les démangeaisons sont assez vives et les éléments éruptifs se groupent en placards. Mais ce qui surtout est remarquable c'est la disposition d'ensemble de l'éruption.

La *face* est prise dans son entier, l'éruption remonte sur le front jusqu'à la bordure des cheveux. Le cuir chevelu lui-même est intact. La peau est rouge, infiltrée, présentant des squames et des vésicules à toutes les périodes de leur évolution.

De la face l'éruption descend sur le *cou*, en avant, y formant une sorte de fichu à pointe en bas, descendant au-devant de la fourchette sternale jusqu'à la partie supérieure du sternum.

Les *aisselles* sont absolument libres, de même que toute la partie du thorax limitant en avant le creux axillaire. Le thorax et l'abdomen, de même, sont intacts.

Nulle éruption non plus, au niveau des *aines :* la peau y est normale. Le dos est sain aussi.

Mais les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, sont très pris.

Au niveau des *membres supérieurs*, tout le moignon de l'épaule, les faces externe, antérieure et postérieure du bras, tout l'avant-bras, sont occupés par une éruption eczémateuse, très croûteuse, reposant sur un derme très rouge. La disposition est symétrique des deux côtés. La main gauche est plus prise cependant que la droite. La paume de la main est respectée des deux côtés.

Sur le *dos de la main gauche*, on constate des placards, assez grands, irrégulièrement arrondis, dont quelques-uns occupent la face dorsale de la première phalange des doigts. Sur ces placards, on voit des croûtes assez épaisses; l'infiltration du derme y est plus grande que sur le bras. Le suintement est abondant. Même disposition d'ensemble sur le dos de la main droite; mais le nombre des placards est un peu moins grand que du côté opposé.

Les membres inférieurs sont très pris. L'éruption occupe toute la cir-

conférence de la cuisse des deux côtés. Les craquelures sont abondantes, le suintement intense. Le creux poplité gauche est sain ; mais le creux poplité droit présente un gros placard eczémateux.

Les jambes sont atteintes dans toute la hauteur et sont très œdématiées.

Les pieds sont intacts. (Observation recueillie par M. Schwab, interne du service.)

Messieurs, mon malade m'a paru digne de votre attention, il présente, pour ainsi dire, une éruption expérimentale. L'affection est eczématiforme ; sa disposition générale est, pour la plus grande part, en grands placards disséminés, mais dans quelques points en petits placards arrondis qu'on considère volontiers comme des placards de névrodermites. Je me demande jusqu'à quel point l'éruption de notre malade doit être considérée comme due à l'élimination de poisons ou comme le résultat de névrites toxiques : les petits placards, arrondis, isolés parleraient dans ce sens ; les grands placards peuvent-ils être interprétés dans le même sens ; leur étendue me fait hésiter à admettre cette interprétation. Je dois cependant faire remarquer que les plis articulaires, plis du coude, aisselles, aines, jarrets, qui sont atteints dans nos grandes infections, types des dermatites éliminatrices, au cours de la scarlatine et les rash varioleux, sont ici indemnes. Il me paraît donc difficile de dire ici jusqu'à quel point l'éruption est le résultat de névrites périphériques, jusqu'à quel point le résultat de dermatites éliminatrices.

M. Tenneson. — Cet eczéma ne diffère en rien de l'eczéma vulgaire.

Prurigo simplex aigu et prurigo de Hebra.

Par H. Hallopeau.

Vidal a eu le rare mérite de distinguer, dans un groupe confus, deux types morbides qu'il a décrits sous les noms de *lichen simplex aigu* et de *lichen simplex chronique ;* son nom mérite à cet égard d'être placé à côté de celui d'Erasmus Wilson.

M. Brocq a également rendu à notre science un service signalé en confirmant et en complétant les descriptions de son regretté maître. C'est à juste titre que notre collègue considère le lichen simplex chronique comme définitivement entré dans notre cadre nosologique (nous préférons lui laisser sa dénomination originelle, elle a l'avantage de ne reposer sur aucune hypothèse).

C'est de même à juste titre que, dans son travail récent sur le lichen simplex aigu, qu'il appelle *prurigo simplex aigu*, il annonce que la légitimité de sa création comme espèce nouvelle sera bientôt reconnue par la grande majorité des dermatologistes.

Nous nous en sommes, par nous-même, convaincu en étudiant la

malade que nous avons l'honneur de vous présenter. Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit.

La nommée O..., couchée au n° 23 *bis* de la salle Lugol, est âgée de 28 ans. De bonne constitution, elle s'est généralement bien portée jusqu'ici; nous devons noter cependant, dans ses antécédents, une grossesse qui remonte à l'an passé ; elle a eu, à la suite de son accouchement, une éruption en tout semblable à celle qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital ; elle n'a duré qu'une quinzaine de jours. Actuellement, la malade paraît être au troisième mois d'une grossesse. Son éruption actuelle a débuté le 30 juin par l'apparition, autour des poignets, de petits boutons rouges, sièges de vives démangeaisons; concurremment la malade éprouvait une sensation de malaise général avec courbature et perte de l'appétit; ces phénomènes ont été passagers.

Le second et le troisième jour, l'éruption s'est étendue aux coudes et aux bras, puis à la nuque et aux membres inférieurs; il ne s'est développé sur le tronc qu'un petit nombre d'éléments.

Dès le dimanche, la malade a remarqué qu'une partie des boutons, particulièrement ceux du dos et des poignets, étaient surmontés de petites vésicules. Aujourd'hui, 3 juillet, l'éruption est constituée par des saillies papuleuses dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis; elles sont arrondies ; un certain nombre d'entre elles ont un sommet acuminé; leur coloration est d'un rouge clair; leur consistance est ferme sans être très dure ; elles présentent presque toutes, dans leur partie centrale, une mince croûtelle, d'un brun clair, d'aspect parfois mélicérique, mesurant environ un demi-millimètre de diamètre; si on l'enlève, on trouve au-dessous d'elle une surface légèrement excoriée. Quelques-unes des papules sont traversées par un poil dans leur partie centrale. Ces boutons sont disséminés ; presque partout ils sont séparés par des intervalles de peau saine; il n'y a d'exception que pour les coudes; ils forment là, de chaque côté, une plaque grande environ comme une pièce de cinq francs : on y distingue cependant les papules agglomérées, portant chacune leur croûtelle ; elles sont séparées par de petits sillons; les plaques sont d'une coloration rouge sur laquelle se dessinent les croûtelles plus foncées, mais non hémorrhagiques. L'éruption est également plus abondante, bien que non confluente, au niveau des faces dorsales des poignets et des genoux. Elle prédomine aux membres du côté de l'extension ; on voit quelques éléments dans les paumes des mains; ils ne sont pas surmontés de croûtelles. Aux membres inférieurs, l'éruption, outre les genoux, occupe surtout les fesses et les cuisses; on voit également des boutons assez nombreux derrière les tendons d'Achille. La face est indemne; l'éruption est abondante à la nuque où un petit nombre de boutons reposent sur de petites plaques d'apparence ortiée ; elle est discrète sur le tronc.

Le 7 juillet, les boutons se sont affaissés ; ils sont surtout représentés par les croûtelles qu'entoure une macule plus foncée, claire et légèrement saillante; quelques éléments, au niveau des plaques confluentes des coudes, sont surmontés de fines squames. Le prurit a presqu'entièrement

cessé ; la malade l'éprouve encore cependant de temps à autre au-devant des genoux. Une partie des croûtelles sont tombées; les éléments ne sont plus alors représentés que par des macules pigmentées ; il n'y a plus trace de plaques ortiées. L'état général est satisfaisant. (Un des bras de la malade a été moulé par M. Baretta.)

Les principaux traits de cette observation peuvent être résumés ainsi qu'il suit : à deux reprises, à un an de distance, cette jeune femme a eu une poussée éruptive à marche cyclique ; sa durée a été de moins de quinze jours; ses éléments étaient des papules rondes ou acuminées, surmontées d'une fine vésicule qui s'est rapidement concrétée en une mince croûtelle arrondie ; la face est restée indemne ; les lieux d'élection ont été la nuque et les membres, et plus particulièrement les genoux et les coudes; le prurit a été intense pendant les premiers jours. La coïncidence de la première poussée éruptive avec un état puerpéral et de la seconde avec un commencement de grossesse conduit à soulever l'hypothèse d'une auto-intoxication d'origine utérine.

Cette observation paraît calquée sur la première de celles que relate M. Brocq dans son récent mémoire : il n'est donc pas douteux qu'il ne s'agisse de la même maladie.

Nous sommes d'accord avec M. Brocq pour lui refuser le nom de lichen, car il s'agit d'une éruption nettement vésiculeuse : nous en avons pour témoins les croûtelles d'un brun clair et exactement arrondies qui recouvrent chacune des papules; leurs caractères permettent, en effet, d'affirmer qu'elles ne sont pas d'origine hématique et leur régularité parfaite éloigne l'idée de lésions de grattage; elles sont dues en toute évidence à la dessiccation de la vésicule observée cliniquement et démontrée histologiquement par Darier dans ces éléments.

Nous nous rattachons à la dénomination de prurigo simplex aigu en raison, d'une part, de l'identité, établie par Darier, des papules de cette dermatose et de celles du prurigo de Hebra au début, d'autre part, des analogies cliniques qu'un examen attentif permet d'établir entre les deux maladies (1).

Pour les mettre en évidence, nous présentons en même temps que notre jeune femme, un homme représentant un cas typique de prurigo de Hebra; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé D..., âgé de 35 ans, entre le 2 juillet 1894 au nº 43 du pavillon Bazin ; il est atteint depuis son enfance d'un prurigo typique de Hebra. Soigné d'abord à Trousseau, il revient plusieurs fois, chaque année, à

(1) Un moulage de Baretta, fait en 1890 sur une malade de notre service et représentant manifestement un cas de cette maladie, a dès lors reçu de nous l'étiquette de *prurigo*.

Saint-Louis depuis qu'il a atteint l'âge adulte ; il y a été soigné successivement par tous les chefs de service.

Sa dermatose procède par poussées qui se renouvellent trois ou quatre fois chaque année et se prolongent pendant trois ou quatre semaines. Elles sont caractérisées par l'éruption successive de papules rosées dont le volume est le plus souvent comparable à celui d'un gros grain de chènevis; elles sont le siège d'un prurit intense; dès leur apparition, le malade les gratte avec violence et les excorie en en faisant, assure-t-il, sourdre une gouttelette de liquide; parfois, il remarque sur les boutons qui n'ont pas été grattés une petite vésicule.

Ces boutons et les croûtes noires en traînées que provoque leur grattage se produisent sur toute la surface du corps, mais ils prédominent à la nuque, et sur le côté de l'extension des membres ; ils sont particulièrement nombreux au niveau des coudes, sur le dos des mains, au-devant des genoux; les plis articulaires sont épargnés ; le dos est peu intéressé; les paumes des mains et plantes des pieds restent indemnes.

Le malade assure que la sensation de prurit précède l'apparition des petites papules.

Ultérieurement, par suite du grattage, ces élevures se transforment en saillies papuleuses du volume de grosses lentilles et indurées ; la peau s'épaissit et devient lichénoïde dans les lieux d'élection.

Si l'on vient à soumettre ces papules persistantes à une excitation mécanique, elles se tuméfient et prennent l'aspect de plaques d'urticaire. Dans l'intervalle des poussées, les démangeaisons persistent, mais avec une intensité bien moindre.

Il y a lieu de distinguer, chez ce malade, deux ordres de phénomènes, ce sont, d'une part, des poussées à marche cyclique, caractérisées par l'éruption de petites saillies rosées, prurigineuses, renfermant à leur sommet une petite quantité de liquide et occupant surtout les coudes, les genoux et la nuque; d'autre part, ce sont des lésions persistantes de grattage qui donnent lieu à un état lichénoïde du tégument ainsi qu'aux croûtelles noirâtres en traînées qui sont un des signes les plus frappants de cette dermatose.

Or, il nous paraît incontestable que ces poussées papuleuses, se renouvelant deux ou trois fois chaque année, offrent une réelle analogie avec les deux poussées qui, à un an de distance, se sont manifestées chez notre jeune malade : dans les deux cas, les caractères des éléments éruptifs et leurs localisations sont les mêmes ; dans les deux cas, ils donnent lieu aux mêmes sensations prurigineuses. Ce qui différencie le prurigo de Hebra du prurigo simple aigu, c'est la persistance, après la cessation des poussées, des sensations qui provoquent le grattage et la production, sous leur influence, de l'altération lichénoïde de la peau : les analogies des périodes aiguës nous paraissent assez grandes pour que nous considérions comme très vraisemblable l'hypothèse qui admet dans les deux maladies la mise

en jeu d'une seule et même cause morbifique agissant, dans l'une, d'une manière passagère et bénigne, dans l'autre, d'une manière persistante et intense.

Nous sommes donc conduit à considérer, avec Tommasoli et Brocq, ces deux dermatoses comme présentant d'étroites affinités et appartenant à une même famille dermatologique.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *L'état morbide décrit par Vidal sous le nom de* LICHEN SIMPLEX AIGU, *par Tommasoli sous celui de* PRURIGO TEMPORAIRE AUTO-TOXIQUE *et par Brocq sous celui de* PRURIGO SIMPLEX AIGU *constitue, comme l'ont bien montré ces auteurs, une espèce nouvelle ;*

2° *Le caractère vésiculeux des éléments ne permet pas de conserver la dénomination de lichen ; celle de prurigo auto-toxique a le tort de reposer sur une hypothèse ; celle de prurigo simplex aigu doit être préférée ;*

3° *La marche cyclique de l'éruption et ses localisations d'élection aux genoux, aux coudes et à la nuque la rapprochent des pseudo-exanthèmes ;*

4° *Peut-être la grossesse et l'état puerpéral peuvent-ils être l'origine des toxines qui en sont vraisemblablement la cause prochaine ;*

5° *Les poussées aiguës qui se produisent une ou plusieurs fois par an dans le prurigo de Hebra offrent, dans leurs caractères cliniques et leurs localisations comme dans leur structure, de grandes analogies avec celles du prurigo simplex aigu : ces états morbides semblent appartenir à une même famille nosologique.*

M. BROCQ. — La première malade présentée par M. Hallopeau est incontestablement un cas de prurigo simple aigu. Quant au second malade, il me paraît atteint d'une variété spéciale de prurigo de Hebra, de celle que Vidal appelait prurigo ferox. Dans cette forme, il n'y a jamais de véritables lichénifications, comme dans le prurigo de Hebra typique.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire.

Par M. MENDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte d'une forme rare de glossite tertiaire. A un certain degré de sclérose linguale est venu s'adjoindre ce trouble de la fonction épithéliale auquel M. Besnier a donné le nom générique de leucokératose.

M. L..., âgée de 41 ans, s'est mariée à l'âge de 20 ans et a reçu la syphilis de son mari dans la première année de vie conjugale. Elle a eu

un chancre de la vulve, de l'alopécie, de la céphalalgie et des éruptions cutanées à plusieurs reprises. Elle s'est mal soignée.

Depuis 15 ans, la langue lui semble épaisse, sensible; la malade est un peu gênée pour parler et pour avaler, les mets excitants produisent une sensation de piqûre.

Il est intéressant de noter qu'au moment des règles, ces symptômes s'amendent.

La malade est venue habiter à Paris il y a quelques semaines et s'est présentée à la consultation de M. le professeur Fournier.

On ne trouve actuellement aucun accident cutané de syphilis.

La cavité buccale présente l'aspect suivant :

La face interne des joues est normale; seule la muqueuse labiale est un peu congestionnée : la malade déclare y avoir remarqué la présence de points blancs analogues à ceux de la langue. La langue est en effet le seul siège des lésions. Elle est tuméfiée, ses bords sont épaissis et présentent des sillons irréguliers; ils sont congestionnés ainsi que la pointe et sont le siège principal des sensations d'irritation et de piqûre.

Les altérations leucoplasiques s'observent surtout sur la face dorsale de la langue, dans sa moitié antérieure. La moitié postérieure et la base de la langue sont normales.

Le sillon médian de la langue est fort profond : il est tapissé par de petits points blancs très abondants. De chaque côté de ce sillon, et sur une muqueuse à peu près normale, on aperçoit de nombreuses taches blanches irrégulières, allongées ou arrondies, qui sont de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille. Ces taches sont légèrement surélevées et semblent formées par la réunion de petites masses exsudatives; elles se détachent par le frottement. Au-dessous de la matière blanche ainsi enlevée, la base de la tache est représentée par une tache grisâtre de même dimension, faisant corps avec la muqueuse.

Cet aspect se distingue nettement de la lésion qu'on a appelée leucoplasie linguale, où la muqueuse elle-même est blanche par places, sous forme de taches surélevées.

Il se rapproche bien davantage du lichen buccal et lingual. Dans cette affection, on observe quelquefois ces taches surélevées de la langue; mais les lésions contemporaines des joues, visiblement dues à de petites papules grisâtres à sommet plan, et en dernière analyse les lésions cutanées du lichen plan suffiraient à assurer le diagnostic.

Ajoutons que le traitement spécifique, composé de 3 gr. d'iodure de potassium et de deux pilules de Dupuytren par jour a considérablement amendé les lésions depuis une quinzaine.

M. Fournier.— La leucoplasie linguale n'est qu'un symptôme. Quand on veut remonter à sa cause, on se trouve aux prises avec des difficultés de diagnostic presque insurmontables. La leucoplasie des fumeurs est presque toujours étalée en nappe. La forme papulo-lenticulaire me paraît appartenir à la syphilis plus qu'à toute autre maladie. Toutefois le diagnostic des leucoplasies est une question encore à l'étude et nous cherchons notre voie.

M. Fournier. — Voici une malade syphilitique depuis 20 ans, qui présente à la paume des mains et à la plante des pieds une éruption ayant tous les caractères des accidents secondaires. Si cette femme présentait sur la langue des manifestations de même ordre, autrement dit des syphilides papulo-érosives, ces accidents seraient-ils contagieux ou non ? Je serais porté à le croire, car j'ai vu la vérole être encore contagieuse après six et même quinze ans de date.

M. E. Besnier. — Un permis de mariage immédiat, ne doit être délivré qu'après une enquête spéciale et un examen minutieux de la bouche. Ce permis immédiat doit être refusé à ceux qui, ayant des lésions buccales récidivantes, ne veulent pas renoncer à l'alcool et au tabac.

A propos de la construction d'un hôpital de teigneux.

Par M. Feulard.

Dans la dernière séance vous avez entendu sur la teigne et son traitement deux très intéressantes communications : celle de M. Wickham et celle de M. Béclère. Les nécessités de l'ordre du jour m'ont obligé à remettre à aujourd'hui celle que je comptais vous faire comme complément à celles de nos deux collègues. Je laisse de côté la partie scientifique de la question qui a été traitée ici mieux que je ne pourrais le faire, et je voudrais seulement retenir un instant votre attention sur le côté pratique et humanitaire de la question de la teigne. Nous sommes tous d'accord, je crois, pour reconnaître que la situation actuelle ne peut durer et qu'il faut essayer de faire autre chose. Je pense que nous pouvons parfaitement aborder ici le côté administratif, hospitalier, de la question et formuler notre avis motivé. J'estime d'ailleurs que tout le monde aurait à gagner, les malades comme l'administration et le corps médical, à ce que bien des questions d'assistance publique fussent librement et sérieusement discutées par ceux-là du moins qui peuvent y avoir quelque compétence, et, dans le cas présent, la Société de dermatologie à laquelle appartiennent tous les médecins au courant de cette question a les meilleures raisons du monde pour formuler un avis et exprimer ses desiderata.

J'ai, déjà, le 23 mai dernier à la Société de médecine publique, posé la question ; m'adressant à un auditoire peu au courant j'ai dû reprendre les choses d'assez loin et montrer comment s'était peu à peu constituée la situation actuelle. Mais ici je n'ai qu'à la rappeler brièvement voulant surtout vous exposer les moyens que je crois bons pour y remédier et les soumettre à votre appréciation.

A l'heure actuelle, comme vous, savez les teigneux sont hospitalisés dans trois hôpitaux ; à l'*Hôpital des Enfants-Malades*, 100 lits, 50 de garçons, 50 de filles ; à l'*Hôpital Trousseau*, 70 lits, 34 de gar-

çons, 36 de filles ; à *Saint-Louis*, 40 lits, 20 de garçons, 20 de filles ; soit en tout 210 lits.

Ce chiffre est actuellement insuffisant et de nombreux enfants attendent pour être admis qu'il y ait une place vacante. Le nombre de ces expectants est en ce moment de 39 (28 garçons, 11 filles) pour l'hôpital Trousseau ; de 101 (67 garçons, 34 filles) pour l'hôpital des Enfants-Malades ; de 47 pour l'hôpital Saint-Louis ; en tout 200 expectants environ. Cette attente est parfois fort longue, car le traitement d'une teigne peut durer plusieurs mois ; quelques enfants restent même à l'hôpital plusieurs années. Ce chiffre d'expectants serait en réalité beaucoup plus élevé si l'on faisait inscrire tous les enfants atteints de teigne dont les parents demandent à être débarrassés ; mais l'on sait l'encombrement si grand, que nombre de parents jugent inutile de demander l'inscription de leurs enfants et les font soigner où et comme ils peuvent.

C'est pour ces nombreux enfants que l'on ne peut hospitaliser qu'ont été créés les traitements externes. Mais ces traitements externes sont maintenant bien délaissés ; ils existent cependant officiellement à Trousseau, à l'hôpital des Enfants-Malades et à Saint-Louis.

Dans les hôpitaux d'enfants le traitement a lieu dans l'après-midi ; le plus souvent en dehors des visites médicales et est de fait entre les mains des infirmiers et infirmières.

La plupart des petits malades le suivent fort irrégulièrement, les parents refusant de les amener à cause de la perte de temps et du déplacement que cela occasionne.

Ce traitement externe est d'ailleurs tombé à un très petit nombre de malades à l'hôpital Trousseau ; 7 à 8 par séance à l'hôpital des Enfants-Malades ; mais on peut dire que d'un côté comme de l'autre il n'est soumis à aucun contrôle médical réel.

A Saint-Louis, vous le savez, les choses se passent différemment : le traitement des teigneux a toujours été dans cet établissement l'objet de soins particuliers.

Ainsi s'explique l'affluence considérable des malades qui sont conduits à Saint-Louis ; et il se trouve que l'hôpital ne dispose que de 40 lits d'enfants teigneux : ces 40 lits sont rattachés au service d'un des médecins de la maison. Les nombreux petits malades qui se présentent aux consultations et ne peuvent trouver place dans ces trop rares lits sont là aussi soignés au traitement externe : seulement, à Saint-Louis, le traitement externe a lieu d'une façon différente que dans les hôpitaux d'enfants. Chaque chef de service, en effet, dirige lui-même maintenant le traitement des enfants teigneux qu'il admet au traitement externe ; les malades reviennent ainsi une fois environ par semaine dans le service du médecin qui les examine, institue et dirige le traitement, constate les guérisons. Les teigneux externes

étant ainsi répartis dans les six services de l'hôpital, il n'est plus possible de donner une statistique exacte du traitement externe de la teigne à Saint-Louis.

Enfin vous savez tous que fonctionne à Saint-Louis depuis 1886 une école de demi-pensionnat, fondée sous l'inspiration de notre regretté président, M. Lailler et qui sert de complément au traitement externe.

Une des grosses objections, en effet, que l'on a pu faire au traitement externe tel qu'il fonctionne encore dans les hôpitaux d'enfants, c'est la perte de temps considérable et le déplacement qu'il occasionne aux parents des petits malades ; puis ces enfants, étant renvoyés des écoles, vagabondent dans les rues, oublient le peu qu'ils ont appris et deviennent des dangers de contagion permanente.

Le but que s'est proposé l'Administration était donc d'ouvrir pour ces enfants teigneux une école à l'hôpital même où ils sont admis en demi-pensionnat, où ils continuent leurs classes et reçoivent en même temps les soins dont ils ont besoin.

L'expérience a parfaitement réussi ; seulement l'école de Saint-Louis offre 180 places seulement à ces écoliers teigneux, et c'est insuffisant. Elle est rattachée comme surveillance médicale à l'un des services de l'hôpital et constitue une grosse occupation pour le médecin qui désire s'en occuper sérieusement. La durée du séjour est inférieure de beaucoup à celle des services internes de teigneux des deux hôpitaux d'enfants, ce qui tient simplement à ce que la surveillance médicale est plus immédiate. Et néanmoins, là encore il y aurait de grandes améliorations à apporter.

Telle est actuellement la situation : une insuffisance notoire des lits nécessaires pour hospitaliser les enfants teigneux que leurs familles ne peuvent absolument garder chez elles (orphelins — orphelins de mère surtout, le père allant au travail toute l'après-midi, — familles nombreuses dans lesquelles la contagion s'introduit par un enfant revenu malade de l'école, misère, etc.) ; insuffisance du traitement externe dans les hôpitaux d'enfants ; insuffisance également de ce traitement à l'hôpital Saint-Louis, notamment en ce qui concerne l'école des teigneux.

Est-ce à dire que l'Administration se désintéresse de la question ? Non, certes : depuis plusieurs années déjà l'attention a été attirée sur cette malheureuse situation, et plusieurs projets ont été faits pour essayer d'y remédier.

L'opinion qui paraît avoir dominé, ça été de retirer complètement des hôpitaux d'enfants, où ils sont mal, les teigneux et de réunir tous les teigneux en un même hôpital dont le nombre de lits serait suffisant pour qu'on pût donner asile aux nombreux expectants qui attendent leur hospitalisation.

Aussi, dès l'année 1887, suivant un vote du Conseil municipal (17 juin), l'Administration étudiait-elle un projet d'hôpital de teigneux à établir à Créteil. Devant les protestations de cette commune, protestations que nous ne comprenons guère, la teigne ne se transmettant pas à distance, et après l'avis du comité consultatif d'hygiène qu'il n'y avait pas au fond d'avantage sérieux, au point de vue de l'hygiène, à traiter les teigneux hors des murs de la ville, on élabora un nouveau projet d'hôpital à Paris (17 mai 1890). Cet hôpital formerait une annexe à l'hôpital Saint-Louis et serait construit sur une partie des terrains de cet hôpital. On prévoyait en même temps pour l'avenir la création sur la rive gauche d'un hôpital semblable dans un emplacement qui resterait à déterminer. A vrai dire ce sont les propositions que nous donnions comme conclusions à notre travail de 1886.

Eh bien! les plans de l'hôpital des teigneux de Saint-Louis sont préparés et la construction ne serait, paraît-il, qu'une affaire de formalités; elle pourrait commencer dans quelques mois.

Cet établissement comprendrait un hôpital proprement dit et une école; ils pourraient donner asile à 280 internes et à 236 externes. Ce sont donc 70 nouveaux lits, puisque le total actuel de Saint-Louis, de Trousseau et des Enfants Malades est de 210; en réalité, c'est seulement une augmentation de 40 lits. Ces lits, en effet, seraient ainsi répartis :

Tondante............	192 lits	140 garçons	52 filles
Pelade..............	30 —	18 —	12 —
Favus...............	28 —	18 —	10 —
	250 lits	176 garçons	74 filles.

Plus une infirmerie où seraient soignés les teigneux atteints de maladies générales et comprenant :

Tondante............	20 lits	8 garçons	12 filles
Pelade..............	5 —	3 —	2 —
Favus...............	5 —	3 —	2 —
	30 lits	14 garçons	16 filles.

La proportion qui paraît d'abord trop élevée dans le nombre des lits d'infirmerie réservés aux filles (si l'on ne tenait compte, en effet, que des internes, on supposerait une proportion de maladies générales de 5,71 p. 100 pour les garçons et de 23,07 p. 100 pour les filles) s'explique, nous le supposons, par le fait qu'on a voulu pouvoir faire entrer à l'infirmerie des enfants de l'école.

Celle-ci, en effet, comprendrait 158 garçons, 178 filles.

On estime avec raison que les filles peuvent être plus facilement gardées dans les familles que les garçons.

Les places seraient ainsi réparties :

Tondante.....................	86 garçons	132 filles
Pelade.......................	36 —	24 —
Favus........................	36 —	22 —
	158 garçons	178 filles

soit en tout 336 places ; c'est le double des places de l'école actuelle.

En totalisant l'hôpital et l'école on pourrait traiter (infirmerie comprise) 616 teigneux : 348 garçons et 268 filles.

De plus, on prévoit, non sans raison, une classe supplémentaire pour la pelade.

Ajoutons que la dépense de cet établissement est évaluée après rabais à 1,500,000 francs, dont la somme est d'ailleurs déjà trouvée; à savoir 400,000 francs pris sur les fonds d'emprunt pour les grands travaux et 1,100,000 sur les fonds du pari mutuel.

Nous ne devrions donc avoir qu'à nous réjouir d'un si beau résultat et attendre encore patiemment quelques mois pour voir poser la première pierre de ce bel hôpital.

Qu'il nous soit permis cependant, si peu de chances que nous ayions de voir modifier des projets aussi avancés, de formuler timidement et modestement quelques réserves.

En somme, dans deux ans ou trois quand s'élèvera au coin de la rue de la Grange-aux-Belles et de la rue Bichat le nouvel édifice, la question du traitement de la teigne à Paris sera-t-elle résolue?

Actuellement, avons-nous dit, nous disposons de 210 lits; or avec cette dépense considérable que nous venons de voir on va gagner 40 lits; et l'école de Saint-Louis gagnera 160 places. L'effort est-il en rapport avec ce résultat : il y aura 200 enfants teigneux soignés de plus par l'Assistance publique après qu'on aura dépensé 1,500,000 francs.

N'oublions pas non plus que si le nombre d'expectants à l'école de Saint-Louis n'est en ce moment que d'une vingtaine, par conséquent très inférieur au supplément de places dont on disposera, en revanche celui de ceux qui attendent un lit est, pour les trois hôpitaux que remplacera seule d'abord l'annexe de Saint-Louis, de 200, de beaucoup supérieur par conséquent aux 40 places supplémentaires dont on disposera aussi.

On n'aura donc que très imparfaitement remédié au manque de places pour les teigneux internes et l'on n'aura qu'imparfaitement remédié aussi aux inconvénients actuels du traitement externe de la teigne pour une grande partie des enfants de la ville.

L'école de Saint-Louis disposera de nombreuses places, mais dont ne pourront profiter les écoliers teigneux dont les parents habitent la rive gauche et d'autres quartiers éloignés de la ville; et combien de

temps faudra-t-il encore attendre pour que ceux-ci reçoivent enfin satisfaction.

Ne serait-il pas plus sage et en même temps humanitaire d'améliorer d'abord le traitement externe de la teigne avant de construire à grands frais un hôpital qui, tout compte fait, nous le répétons, ne donnera que 40 lits en plus de ceux dont nous disposons à présent.

Améliorer d'ailleurs et perfectionner le service externe de la teigne, c'est diminuer du même coup le nombre des expectants au traitement interne; c'est réduire dans une grande proportion les frais et faire bénéficier immédiatement beaucoup d'enfants d'un traitement efficace.

On peut poser, en principe, et c'est là un point qui a été bien mis en relief dans les discussions qui ont eu lieu dans cette enceinte et sur lequel nous devons insister tout particulièrement auprès de l'Administration, que la guérison d'une teigne est d'autant plus rapide que la maladie est encore peu étendue; et ce qui importe c'est de traiter dès le début avant que le cuir chevelu n'ait été très envahi. Cette rapidité salutaire ne saurait être atteinte que si, immédiatement après que la maladie a été reconnue, les moyens de la traiter convenablement sont mis à la disposition du médecin et du malade; et donner aux malades un billet d'expectant, leur promettre une entrée à l'hôpital pour une époque éloignée de plusieurs mois du jour où ils sont venus consulter, c'est laisser du même coup s'aggraver le mal, augmenter la durée du traitement et les frais qu'il occasionne. Les places d'internes devraient être seulement réservées aux cas graves et particulièrement rebelles, ou aux enfants complètement privés de famille. En ne laissant plus les malades s'éterniser dans les salles (il y a à l'hôpital Trousseau des malades qui sont là depuis cinq années; la moyenne de séjour à l'hôpital des Enfants malades est de deux années), c'est-à-dire en les soignant et les surveillant convenablement, le nombre de places disponibles se renouvellera suffisamment pour donner satisfaction, ou à peu de chose près, à tous les besoins d'hospitalisation des teigneux.

Comment donc s'y prendre pour réaliser promptement ces desiderata.

Ne rien changer pour le moment au nombre des lits destinés aux teigneux internes; laisser aux Enfants-Malades les 100 lits déjà existants; mais ramener à Saint-Louis, les 70 lits de l'hôpital Trousseau, qui sont vraiment installés dans des conditions trop déplorables; ces 70 lits ajoutés aux 40 lits déjà existants à Saint-Louis portent à 110 le nombre des lits de teigneux à Saint-Louis. Ces 70 nouveaux lits seraient provisoirement installés dans les baraquements qu'occupe actuellement l'école, baraquements qui ont déjà servi à hospitaliser des malades, et qui sont tout disposés à cet effet : leur disposition est

telle qu'on y trouverait encore l'emplacement d'une petite infirmerie pour les maladies générales.

Mais il faudrait naturellement commencer par rebâtir l'école de façon à laisser libre ces baraquements.

La reconstruction de l'école peut d'ailleurs être complètement distincte de l'hôpital et c'est par là de toute façon que nous voudrions voir commencer.

Cette école serait reconstruite sur l'emplacement de l'ancienne, en utilisant quelques-uns des bâtiments déjà existants et qui sont encore en assez bon état. Elle comprendrait 250 places, chiffre suffisant puisque ce n'est qu'un demi-pensionnat et qu'y viendront seulement les enfants dont la demeure n'est pas trop éloignée. Le chiffre proposé de 336 places est beaucoup trop élevé à cause de cela, ou bien il faudra créer un service d'omnibus pour aller chercher les enfants à domicile.

En même temps création dans la proximité de l'hôpital des Enfants-Malades, puisque malheureusement il n'y a pas d'emplacement dans l'hôpital même, d'une école-dispensaire semblable à celle de Saint-Louis, comprenant également 250 places.

Cette école servirait aux enfants teigneux des quartiers si populeux de Montrouge, de Plaisance et de Grenelle, qu'on ne peut vraiment pas songer à envoyer en externat à Saint-Louis et qui actuellement sont à peu près privés de soins réels.

Ces deux grands dispensaires-écoles seraient complétés par la création sur d'autres points de la ville, choisis suivant les besoins, dans des bâtiments d'école ou dans des maisons de secours de deux ou plusieurs autres petits dispensaires-écoles de 50 ou 100 places chacun établis sur le même modèle.

On obtiendrait ainsi 700 places de traitement externe réparties de façon que les malades des divers points de la ville pussent en profiter réellement, et il est probable que les 200 à 250 lits d'internat devinssent suffisants. On secourrait en tout cas, sans création nouvelle de lits, plus de 900 enfants; et la construction ou l'adaption des dispensaires-écoles coûtera beaucoup moins cher que la construction de l'hôpital projeté.

Celle-ci, nous le répétons encore une fois, ne servira qu'à une portion très restreinte de la population parisienne, et combien d'années faudrait-il attendre encore pour que les populations de la rive gauche soient dotées d'un semblable palais.

La solution que nous proposons, c'est l'assistance immédiate et le traitement de nombreux enfants actuellement dénués de secours : elle permet de différer la construction d'hôpitaux dont le besoin, par le développement qui sera donné au traitement externe de la teigne et par les progrès que nous sommes en droit d'espérer maintenant

dans la thérapeutique de ce mal, ne se fera probablement plus sentir; j'ajoute que la somme destinée à la construction de l'hôpital des teigneux me paraît suffisante pour réaliser les diverses créations dont je viens de parler.

Permettez-moi d'ajouter quelques mots sur la façon dont pourraient fonctionner à notre avis ces diverses institutions.

L'hôpital Saint-Louis resterait, comme il l'est d'ailleurs actuellement, le centre principal du traitement de la teigne. Aussi voudrions-nous voir annexer au service de l'école, un laboratoire de recherches et de cultures où se feraient toutes les études relatives à cette maladie, les essais des médicaments nouveaux, et un enseignement pour les médecins des écoles.

Ce laboratoire aurait une succursale à l'école-dispensaire des Enfants-Malades; on se contenterait d'y examiner microscopiquement les cheveux pour les besoins du diagnostic, les travaux de recherche proprement dite se faisant à Saint-Louis. Les petits dispensaires-écoles seraient munis de microscopes pour les recherches cliniques immédiates, mais pour les examens approfondis, les enfants seraient envoyés soit au laboratoire de Saint-Louis, soit à la succursale des Enfants-Malades.

L'école et les salles de Saint-Louis, l'école et les salles des Enfants-Malades formeraient deux services d'ensemble rattachés chacun à l'un des services déjà existants de l'hôpital, sous la direction d'un des chefs de service; mais comme la besogne excédera beaucoup les forces et le temps du médecin-chef, il serait *assisté* d'un ou plusieurs médecins qui auraient la surveillance immédiate des traitements, les chefs de laboratoire s'occupant seulement de leur partie technique. Ces assistants seraient nommés au concours pour une durée de trois ou quatre années, parmi les anciens internes ayant fait un stage spécial à l'hôpital Saint-Louis (1).

Les places de médecin des petits dispensaires-écoles seraient réservées aux médecins inspecteurs des écoles qui y seraient également nommés par voie de concours pour une période de trois ou quatre années.

Tous les médecins inspecteurs des écoles seraient tenus de faire un stage à l'hôpital Saint-Louis et devraient être munis d'un certi-

(1) On pourrait, il est vrai, confier chacun de ces services, alors autonomisés, à un médecin du Bureau central, mais le changement de ces médecins à la fin de chaque année, car on peut douter que la plupart consentent à rester davantage à la tête d'un service aussi monotone, peut avoir quelque inconvénient; si l'on admet au contraire la nomination directe d'un personnel spécial et à fonctions de durée fixe, on peut espérer et on doit obtenir de ceux qui auront volontairement brigué cet emploi, l'assiduité et la régularité nécessaire pendant leur passage dans ces services. Leurs fonctions seraient, en somme, analogues à celles des chefs de clinique de la Faculté.

ficat d'aptitude délivré par le laboratoire de cet hôpital. Ce sont eux qui, une fois leur diagnostic fait, dirigeraient immédiatement l'enfant, suivant la circonscription à laquelle il appartiendrait, sur tel ou tel traitement externe.

Les certificats de guérison nécessaires pour la rentrée à l'école ne pourraient être délivrés que par les chefs des services dont nous venons de parler et après contrôle de l'examen miscroscopique. Le personnel actuel d'infirmiers et d'infirmières, épileurs et épileuses, tout à fait insuffisant, serait augmenté de façon à pouvoir fournir aux divers traitements.

Le plus grand nombre des teigneux de Paris seraient ainsi répartis entre quatre ou six services ; on pourrait établir des statistiques rigoureuses et se rendre compte de l'étendue du mal dans nos écoles, ce qui est actuellement impossible, comparer enfin les résultats obtenus par les divers traitements.

Nous ne dissimulons pas les difficultés qu'il y aurait à organiser un service qui touche à la fois à l'Assistance publique et à l'enseignement public ; mais c'est par l'entente combinée de ces deux administrations qu'on arrivera seulement à triompher de cette déplorable maladie.

Telles sont, messieurs, les propositions qui m'ont été suggérées par la nouvelle de la construction projetée d'un hôpital de teigneux. Par suite de circonstances spéciales, il nous était difficile jusqu'alors de discuter publiquement cette question ; je crois le moment propice pour le faire, l'administration pouvant encore modifier ses projets et la réorganisation du service de l'école de Saint-Louis, quoi qu'il arrive, étant imminente.

Vous me pardonnerez, je l'espère, d'avoir si longtemps retenu votre attention sur ce sujet auquel je m'intéresse en tout bien tout honneur, on en conviendra, de longue date, et d'essayer dans la faible mesure de mes moyens d'avancer la solution d'une question d'assistance qui doit tous nous préoccuper.

Le nombre des enfants traités de cette façon diminuera d'autant celui des enfants atteints de la teigne qui attendent leur tour d'entrée à l'hôpital et vraisemblablement rendra suffisant le nombre actuel de lits réservés à cette maladie.

M. Gaucher. — La communication de M. Feulard a-t-elle un caractère officiel ?

M. Feulard. — Personne ne m'a chargé de faire un rapport sur cette question ; et ma communication n'est que l'exposition de mes idées propres sur un sujet auquel je m'intéresse depuis longtemps. Nous avons parfaitement le droit d'émettre notre avis sur des questions de médecine publique quand elles se rattachent aux maladies spéciales que l'on étudie

surtout dans cette Société. J'ai voulu montrer que les traitements actuels des teigneux étaient insuffisants et que l'on ne remédierait pas à cette insuffisance par la construction d'un hôpital.

M. Gaucher. — L'Administration a l'intention de confier dans les deux hôpitaux d'enfants le traitement des teigneux à des médecins du Bureau central.

M. Feulard. — J'ignorais cette intention de l'Administration ; les teigneux hospitalisés bénéficieront sûrement de cette mesure, mais cela ne résoudra pas la question du traitement des enfants atteints de teigne qui ne peuvent trouver place à l'hôpital et ne peuvent suivre le traitement externe tel qu'il fonctionne maintenant. Il est évident qu'il fonctionnera mieux s'il est surveillé par un médecin, mais cela ne fera pas que les enfants puissent le suivre facilement. Les enfants renvoyés des écoles resteront comme avant, sans soins continus, et, pas surveillés dans leurs familles, vagabonderont.

Permettez-moi, d'ailleurs, de vous lire la lettre que m'a adressée notre collègue, M. Beclère, qui vient d'acquérir, sur le sujet qui nous occupe, une expérience précieuse.

Mon cher ami, je vous remercie de m'avoir fait lire votre communication que sans doute, absent de Paris, je n'aurai pas le plaisir d'entendre à la Société de dermatologie. Je le regrette vivement, j'aurais voulu de toutes mes forces l'applaudir et en appuyer les principales conclusions.

Vous démontrez très bien, que l'hôpital projeté à Saint-Louis pour les teigneux, s'il remplace les salles réservées à ces malades à Trousseau et aux Enfants, leur donnera seulement 40 lits de plus, ce qui est bien peu pour 200 expectants, ce qui est bien cher au prix de 1,500,000 francs.

Plutôt que d'élever un palais si coûteux et si insuffisant, mieux vaut créer au moins une autre école-dispensaire semblable à celle de Saint-Louis sur la rive gauche, de préférence à proximité de l'hôpital des Enfants, mieux vaut encore, comme vous le proposez, en créer trois nouvelles.

Améliorer et perfectionner le traitement externe de la teigne, voilà l'important, à mon avis comme au vôtre.

Pour entrer dans les détails, l'école actuelle de Saint-Louis est plus insuffisante encore que vous ne croyez ; il y a bien 180 places dans les classes, mais en réalité les dimensions du réfectoire limitent à 130 au grand maximum le chiffre des enfants admis, et en ce moment 30 autres enfants sont inscrits et attendent une place vacante. Cependant le projet que vous critiquez justement a tort de porter dans la nouvelle école le chiffre des places à 336 puisqu'y viendront seulement les enfants dont la démence n'est pas éloignée ; il a tort surtout d'y réserver 178 places aux filles puisque dans l'école actuelle il n'y a pas plus de 30 filles, tandis que les garçons présents et expectants compris, sont au nombre de 130. Cette différence tient surtout à la fréquence habituellement plus grande des teignes chez les garçons, en raison de la nature de leurs jeux, qui, plus souvent que ceux des filles, entraînent le contact des mains et des têtes ainsi que l'échange des coiffures, mais elle tient aussi, je crois, à ce que les parents laissent moins volontiers leurs filles se rendre seules à une école éloignée de leur domicile. Aussi je m'étonne de voir dans le projet en question 132 places accordées aux filles atteintes de tondante, pour 86 places seulement réservées aux garçons porteurs de la même affection.

Quoi qu'il en soit, vous faites ressortir l'essentiel : d'une part, l'énorme disproportion entre la forte dépense projetée et le faible bienfait qui en résulterait, d'autre part, le bien plus grand profit que retireront les enfants teigneux de la création d'une ou plusieurs écoles-dispensaires analogues à l'école Lailler. Sur l'organisation intérieure et la direction médicale de ces écoles, j'aurais peut-être à faire quelques réserves. Le moment viendra plus tard de les formuler, si, comme je l'espère, la Société de Dermatologie vous approuve et si l'Administration, mieux informée, réalise les créations que vous proposez. BECLÈRE.

M. P. RAYMOND. — Il faut donc créer plusieurs petits dispensaires. Les parents pourront ainsi, sans perte de temps trop considérable, y amener régulièrement leurs enfants. A l'heure actuelle, le traitement est souvent interrompu, ce qui prolonge indéfiniment la durée de la maladie. Il est en outre nécessaire d'annexer à chaque dispensaire une école où les teigneux pourront continuer leurs études.

M. SABOURAUD. — La création de nombreux dispensaires où les enfants pourront être traités, aussitôt la maladie reconnue, est une mesure qui s'impose. L'annexion d'une école au dispensaire est indispensable.

M. DU CASTEL. — Beaucoup de teigneux abandonnés à eux-mêmes deviennent forcément de véritables vagabonds ; et l'on pourrait peut-être obtenir un appui sérieux de la part de la Société contre la mendicité et le vagabondage.

M. GAUCHER. — Je pense que la création d'un service spécial dans les deux hôpitaux d'enfants est suffisante et que la création de dispensaires n'est pas opportune. Il n'y a aucune raison de retirer le traitement des teigneux aux médecins des hôpitaux.

M. FEULARD. — Je persiste à croire, et je vois que plusieurs membres de cette Société sont de cet avis, qu'il ne suffit pas d'avoir trois ou quatre centres de traitements, mais qu'il faut créer plusieurs écoles-dispensaires. C'est là que tendait ma communication, car je voulais montrer que cette création pouvait être facilement réalisée avec la grosse somme d'argent qui va être engloutie dans la construction d'un seul lieu de traitement. Car, après la construction de l'hôpital, il n'y aura plus de teigneux internes dans les hôpitaux d'enfants. Les services dont parle M. Gaucher n'auront donc qu'un caractère provisoire. Il n'a jamais été question de retirer le traitement des teigneux aux médecins des hôpitaux, mais d'initier les médecins des écoles à ce traitement qu'ils pourraient appliquer dans des écoles créées pour cela ; encore une fois, le traitement des teigneux à l'hôpital et celui du traitement au dehors, sont deux choses distinctes ; je crois la seconde plus utile, et surtout plus économique que la première, voilà tout.

Syphilis et allaitement. — Conduite à tenir dans l'intérêt de la nourrice et du médecin.

Par M. Morel-Lavallée.

Le 31 décembre 1890, vient me consulter un M. X..., marié, porteur d'un chancre syphilitique de la verge, contracté dans un coït *ab ore*, ainsi pratiqué « naturellement, dans le but, me dit-il, de ne pas s'exposer à une contamination vénérienne ». Quelque deux mois plus tard, il m'amena sa femme, contaminée par lui suivant le même procédé.

Depuis le commencement de l'année 1891, j'eus plusieurs fois l'occasion de prescrire aux deux époux des pilules mercurielles (ils eurent plusieurs séries de plaques muqueuses). Je leur recommandai de ne pas avoir d'enfants, ajoutant que plus tard, après traitement, ils pourraient avoir des enfants sains. En tout cas, ai-je répété souvent à la mère, si vous meniez à terme une grossesse vous seule pourriez nourrir l'enfant, à peine de contaminer une nourrice... Je perdis ensuite ces personnes de vue.

Le 1er février 1894, je les rencontre par hasard : « Nous avons un baby de 8 mois, cher docteur, il est bien portant, bien qu'ayant eu des boutons de gourme (?) à son deuxième mois. Nous vous l'amènerons, car il nous semble qu'il ne profite pas avec la seconde nourrice que notre médecin lui a choisie il y a quinze jours. »

J'examine l'enfant le lendemain et ne lui vois rien. Puis, en moi-même, je fais le calcul rétrospectif suivant : Cet enfant, qui a 8 mois aujourd'hui 1er février 1894, est né le 1er juin 1893. Il a donc été procréé vers le 1er septembre 1892, c'est-à-dire par un père au 22e mois de sa syphilis et par une mère au 9e mois environ de la sienne, la vérole des deux géniteurs étant d'ailleurs encore en activité par intermittences dans le cours de cette deuxième année dont la fin est marquée par la conception de l'enfant.

Cet enfant, né dans le cours de la troisième année de la syphilis des deux auteurs, a été trouvé sain par le médecin nouveau de la famille, que les parents se sont bien gardés de mettre au courant, n'ayant peut-être plus eu d'accidents eux-mêmes depuis la fin de leur deuxième année.

Ces prémisses posées, je soumettrai à la Société les questions suivantes :

Quelle devait être mon attitude ? Devais-je prévenir le médecin actuel de cette famille et lui dire :

1° Quels dangers avaient couru ou pouvaient courir les deux nourrices de cette famille, — ceci dans un intérêt social ;

2e Quelle responsabilité il encourait lui-même ou avait encourue, à son insu, — cela par bonne confraternité professionnelle.

Que devait faire le médecin, apprenant que l'enfant qu'il venait de mettre en nourrice, à l'âge de 8 mois, paraissant d'ailleurs sain, était issu de géniteurs tous deux syphilitiques, lesquels l'avaient procréé à la fin de leur deuxième année de vérole, ayant eu d'ailleurs à plusieurs reprises à subir des syphilides secondaires ?

Subsidiairement, combien de temps après le début de la vérole chez les géniteurs, le médecin peut-il autoriser pour l'enfant — paraissant indemne — une nourrice au sein ?

Fièvre syphilitique secondaire et érythème noueux syphilitique.

M. le Dr de Beurmann, médecin de l'hôpital Broca, présente une malade de son service qui a été atteinte d'une fièvre syphilitique secondaire, remarquable par sa marche et par sa durée anormale.

La nommée C..., âgée de vingt-cinq ans, domestique, est entrée le 19 avril 1894, salle Van Swieten, lit n° 15, pour une métrite chronique. Elle a eu quatre accouchements normaux, les suites éloignées ont été des plus simples pour les trois premiers, mais un mois après le quatrième, elle a ressenti de vives douleurs dans les fosses iliaques et a eu des pertes blanches très abondantes. Les douleurs et les pertes continuant, elle entre à l'hôpital et l'on trouve un utérus très volumineux. Le col est long, dur, déchiré transversalement, érodé sur chaque lèvre. Les annexes sont libres et saines.

Le 28 avril, on fait le curettage de l'utérus et l'amputation conoïde du col suivant le procédé de Schrœder, les sutures sont faites au crin de Florence ; l'opération est facile et normale. Les deux jours suivants, l'état général est très bon et il n'y a ni vomissements, ni douleurs, ni fièvre.

Le 1er mai, on fait un premier pansement ; les fils tiennent bien, il n'y a pas de suppuration.

Le 2, la malade est prise de céphalalgie et de fièvre le soir ; les mêmes phénomènes se reproduisent les jours suivants sans qu'il y ait aucun phénomène abdominal et sans que les suites de l'opération cessent d'être parfaitement régulières. Le mal de tête commence dans l'après-midi, augmente dans la soirée et persiste pendant la nuit avec assez d'intensité pour déterminer de l'insomnie. Quelques frissons suivis de chaleur et de sueur surviennent à la même heure que la céphalée ; la malade est courbaturée, un peu pâle et amaigrie. Cependant l'appétit est conservé et l'état général est bon.

Le même état persistant, la malade est examinée avec le plus grand soin, et l'on ne trouve ni dans l'état de l'utérus, ni dans celui des autres organes d'explication plausible de cette fièvre persistante. Il n'y a pas de phénomènes typhiques, la malade ne tousse pas et n'a aucun signe, ni aucun antécédent de tuberculose pulmonaire ; elle n'a jamais eu de fièvres

paludéennes, ses urines sont normales. Cependant la fièvre résiste au sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour et la céphalalgie ne cède pas à 2 et 4 grammes d'antipyrine. Intermittente les premiers jours, elle se régularise et pendant dix-huit jours elle se maintient entre 38° minimum et 39°,5 maximum, sans qu'il soit possible d'en reconnaître l'origine.

Le 22, une éruption de papules disséminées, se produit sur tout le corps, on en trouve sur le tronc, les membres, la face ; elles sont lenticulaires, et présentent la coloration cuivreuse caractéristique des lésions cutanées syphilitiques. Cependant la malade examinée avec soin à ce point de vue, ne présente aucun stigmate de syphilis et nie tout antécédent de ce genre. La fièvre persiste avec les mêmes caractères et la céphalalgie, très douloureuse depuis quelques jours, augmente encore d'intensité ; elle s'exacerbe pendant la nuit comme elle le faisait dès le début, et de plus elle s'accompagne de douleurs vagues et profondes le long des membres. Les caractères de l'éruption étant des plus nets, on commence, malgré les dénégations de la malade et l'absence d'antécédents connus, le traitement syphilitique en lui administrant chaque jour deux pilules de proto-iodure de 5 centigrammes.

Le 3 juin les caractères spécifiques de l'éruption se sont accentués ; elle est devenue franchement papuleuse et même papulo-squameuse par places. Par contre, le mal de tête a presque complètement disparu, et la température, après avoir présenté pendant six jours une série de grandes oscillations quotidiennes, tombe à 37°.

Il ne s'est produit aucun autre phénomène, ni général, ni local, et la diminution graduelle de la céphalalgie a coïncidé avec l'administration du mercure. En même temps la courbe de la température, jusque-là régulière, s'est modifiée ; la fièvre est devenue rémittente, au lieu d'être continue et, en quelques jours, a disparu.

L'éruption papulo-squameuse qui persiste encore aujourd'hui ne permettant aucun doute sur l'existence de la syphilis chez notre malade, et les phénomènes généraux dont nous n'avions pas l'explication ayant disparu, dès que le traitement mercuriel a été institué, il est impossible de ne pas penser que cette fièvre d'origine inconnue était, elle aussi, due à une syphilis latente. Nous croyons qu'il y a peu d'exemples de fièvre syphilitique aussi prolongée, survenue dans des conditions où le diagnostic fût aussi difficile.

C'est pourquoi nous avons cru bon de faire voir cette malade et de publier son observation et son tracé de température, persuadé que, dans un certain nombre de cas de ce genre, la syphilis passe inaperçue et que la fièvre est rapportée à toute autre cause qu'à son origine réelle, au grand détriment des malades.

Cette malade est intéressante aussi à un autre point de vue. Le 13 juin, alors que les syphilides papulo-squameuses qu'elle présente encore aujourd'hui étaient en pleine efflorescence, elle se plaignit de douleurs au niveau des genoux et l'on remarqua : à droite au-dessous

de la rotule, trois plaques d'érythème noueux parfaitement caractérisées et, à gauche, deux plaques analogues. Ces lésions, qu'il est inutile de décrire en détail, ne se distinguent en rien de l'érythème noueux typique, mais nous devons nous demander si elles ne sont pas également d'origine syphilitique. Notre attention a été attirée depuis un certain temps par la coïncidence fréquente de l'érythème noueux cliniquement type et des lésions de la syphilis secondaire, signalée déjà par M. Mauriac, et nous nous demandons s'il faut voir dans cette coïncidence une preuve d'identité d'origine des deux éruptions, ou au contraire s'il faut admettre simplement, suivant l'opinion classique, que le terrain syphilitique est favorable à l'éclosion des pseudo-exanthèmes et en particulier de l'érythème noueux. Nos observations nous portent à croire que dans un certain nombre de cas au moins, l'érythème noueux observé chez les syphilitiques est bien réellement d'origine syphilitique et représente le premier degré de lésions gommeuses précoces, restant à l'état d'ébauche chez la plupart des malades, mais pouvant aller chez d'autres jusqu'à l'ulcération. Notre intention est de revenir ultérieurement sur ces cas d'érythèmes noueux que nous avons observés surtout chez les sujets dont la syphilis présentait un certain degré de gravité. Notre malade, fortement atteinte, comme le démontre la fièvre syphilitique intense et prolongée qui fait l'objet principal de notre communication, rentre dans cette catégorie.

Nævi verruqueux zoniformes siégeant à la face dorsale des mains.

Par J. BRAULT.

Les nævi verruqueux sont rares et en pratique assez souvent méconnus (1), c'est ce qui nous engage à publier les deux observations suivantes, dont une est absolument typique :

OBSERVATION I. — L..., 28 ans, comptable, constitution robuste, antécédents héréditaires nuls ; vient nous consulter, au mois de septembre 1888, pour une éruption verruqueuse de la main gauche, dont il a toujours été porteur dès son extrême enfance.

Son affection ne lui occasionne ni gêne, ni prurit, mais lui cause seulement un léger ennui, au point de vue plastique. Elle siège, en effet, tout à fait en évidence, sur les régions dorso-latérales de l'index et du pouce gauches.

(1) Nos deux observés avaient consulté plusieurs fois, sans qu'un diagnostic précis eût jamais été posé.

On voit là deux bandes à peu près continues, larges en moyenne de 1 centim., qui se réunissent sur la palme qui unit le pouce à l'indicateur et formant une sorte de V assez régulier.

Ces bandes montueuses, sillonnées de légères vallécules, constituent des chaînes en relief, qui donnent bien à l'œil et au doigt l'aspect de verrues confluentes.

Le coloris à la base est seulement plus foncé et varie du rose au rouge brun, quelques points mêmes sont un peu violacés. On remarque à la base des élevures hémisphériques, des croûtelles séborrhéiques plus ou moins desséchées, grises, ou même presque noires par places.

Il n'y a aucun trouble de sensibilité objective ou subjective. La piqûre saigne un peu plus qu'en tissu sain.

Le malade, instruit et intelligent, peut nous renseigner sur l'évolution de son affection : elle est demeurée stationnaire, il n'y a eu ni rétrocession, ni aggravation, malgré les nombreux traitements locaux ou généraux auxquels il a été soumis. On ne note, dans les points frappés, aucune trace quelconque d'un processus cicatriciel.

Observation II. — P. F..., tourneur en cuivre, actuellement soldat au 12e régiment d'artillerie, âgé de 23 ans, bonne santé habituelle ; antécédents héréditaires curieux, son père présente, au-devant de la poitrine, et sa sœur aînée, sur les orteils des deux pieds, des lésions cutanées analogues à celles dont il est porteur.

Cet homme, entré en 1894, à l'hôpital du Dey, dans le service d'un de nos collègues, pour une maladie banale (1), nous est présenté pour une affection cutanée d'origine congénitale qui siège à la face dorsale des deux mains.

L'affection est constituée, comme lésion élémentaire, par des petites saillies plus ou moins foncées, papillomateuses, tantôt acuminées et tantôt un peu tronquées, ou même arrondies. Ces éminences sont rarement couronnées à leur sommet par une croûtelle sanguine ponctiforme, ou par quelques petites squames cornées ; plus souvent, légèrement cratériformes, elles montrent sous une transparence vitreuse, un point hémorrhagique.

Les unes sont isolées, la plupart se réunissent en îlots, en groupes, plus allongés que larges et s'élevant à un ou deux millimètres au-dessus des téguments normaux. Ces plaques, interrompues de place en place, zigzaguant un peu comme des traînées lymphangitiques, paraissent de prime abord, jetées irrégulièrement, en ordre dispersé. Lorsqu'on les regarde de plus près, on voit qu'elles sont manifestement ordonnées par rapport aux nerfs collatéraux des doigts (2).

Elles sont très rudes au toucher, râpeuses. Leur coloration générale, leur fond est beaucoup plus foncé que dans notre première observation ; elles sont violacées ou rose vineux, et présentent par endroits de véritables varicosités, mais ce qui domine, c'est le pointillé hémorrhagique que nous avons déjà signalé en dépeignant l'efflorescence cutanée élémentaire.

(1) Épididymite blennorrhagique double.

(2) Tous les doigts sont pris, même les pouces, généralement respectés au contraire, dans l'angiokératome.

Deux ou trois des traînées saillantes examinées à l'aide d'une loupe très grossissante, présentent quelques mamelons veloutés, mûriformes.

Les efforts, la position, les changements thermiques, ne nous ont pas paru avoir une influence bien marquée sur la coloration des plaques, mais elles saignent abondamment quand on les pique, quand le malade se coupe ou s'excorie à leur niveau.

Lorsque nous avons enlevé la petite bande cutanée qui devait nous servir pour notre examen biopsique, nous avons eu une hémorrhagie disproportionnée, et nous avons pu voir donner abondamment en pomme d'arrosoir, les vaisseaux sous-dermiques.

La sensibilité à la douleur, au contact, à la température, semble seulement diminuée au niveau des groupes les plus exubérants et les plus cornés.

Au voisinage des parties atteintes, on voit quelques poils plus gros, plus raides que sur le reste des téguments.

Il n'existe aucune gêne, aucune démangeaison, pas de douleur locale ou à distance.

L'affection est à peu près stationnaire, au dire du malade ; à certaines époques, les varicosités deviennent un peu plus marquées, la teinte se fonce davantage.

En aucun point on ne trouve de cicatrice témoignant de phénomènes de régression partielle.

Les lésions sont plus développées à gauche qu'à droite, on peut se rendre compte assez exactement de leur topographie sur la main gauche, la plus atteinte, en examinant la figure annexée à notre observation.

Examen biopsique. — Au niveau d'une des éminences les plus saillantes et les plus vasculaires, nous avons prélevé une petite bande de peau, qui a été fixée et durcie dans l'alcool absolu ; les coupes colorées au carmin aluné nous ont montré les détails suivants :

Épiderme. — Couche cornée très épaissie, nombreux étages de strates, kératinisées (1) ; stratum malpighien un peu surchargé en pigment.

Derme. — Hypertrophie des papilles en général très élargies ; vaisseaux papillaires et sous-papillaires télangiectasiés. Les capillaires gorgés de globules sanguins sont simplement très dilatés, il n'existe pas de cavernules.

Faisant bon marché du diagnostic grossier avec *les verrues* qui est immédiatement tranché par la coloration spéciale des saillies papillomateuses et leur origine congénitale, on peut confondre les nævi verruqueux avec certaines autres lésions cutanées, en particulier, surtout à la face, avec *les adénomes sébacés ou sudoripares* (2) ; c'est probablement ce qui est arrivé à Pringle (3).

(1) Parfois en face d'une papille plus ou moins détruite par une hémorrhagie, on trouve entre les lames cornées des amas sanguins correspondant au piqueté que nous avons signalé dans l'examen clinique.

(2) Adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu (BALZER et MÉNÉTRIER. *Arch. de phys.*, 1885. Idradénomes éruptifs. — DARIER et JACQUET. *Ann. de derm.*, 1887), etc., etc.

(3) BESNIER et DOYON. *Notes du traité de Kaposi.*

Pour nous, dans les deux cas que nous venons de décrire, il ne saurait y avoir de doute, nos deux observations, bien que présentant de légères différences, répondent au même type morbide. Indépendamment de l'examen histologique pratiqué pour notre deuxième malade et qui tranche absolument la question, l'examen clinique parle suffisamment pour nous guider en pareille circonstance. Nous nous sommes trouvé en présence de *papillomes congénitaux neuropathiques*, ou mieux, *de nævi verruqueux zoniformes*. L'origine congénitale (1), l'absence de poussées successives, la disposition des éléments, leur coloration, leur vascularité surtout très marquée dans l'observation II, autorisent pleinement cette manière de voir et nous dispensent de nous étendre davantage sur le diagnostic différentiel.

Au point de vue thérapeutique, nos deux observés avaient essayé, au moment où nous les avons vus, les traitements les plus invraisemblables ; empiriques et médecins, tout le monde y était passé, une bonne partie des médications en usage, en dermatologie, avait été employée intus et extra, entre autres choses, la cautérisation potentielle avec diverses substances chimiques peu énergiques, n'avait amené aucun résultat. Nous avons proposé l'électrolyse, mais nous n'avons pu faire accepter ce traitement un peu long, aux sujets, en somme médiocrement gênés, par la légère difformité inhérente à leur affection, d'ailleurs parfaitement indolente et stationnaire.

Un cas de lichen plan symétrique, à forme scléreuse amplifiée.

Par M. J. Brault.

De temps à autre, le lichen plan laisse après lui une signature indélébile, parfois même ce processus cicatriciel prend une importance, une extension telles, qu'il a permis de créer là une forme, ou du moins une variété bien connue depuis les travaux de MM. Hallopeau et Darier : j'ai nommé le lichen plan scléreux, déjà entrevu par Kaposi (2).

J'ai l'honneur de présenter à la Société un cas où cette tendance *rare* à la formation de vastes cicatrices était des plus typiques.

Voici l'observation de mon malade :

(1) L'origine congénitale nous dispense de faire le diagnostic avec l'angiokératome qui survient à la suite d'engelures de 8 à 10 ans.

(2) Traité de Kaposi, t. I, p. 641. — Hallopeau. *Union méd.*, 1887. — Hallopeau et Darier. *Réun. hebdomadaire*, 1888-1889. — Darier, Fournier, *Soc. derm.*, 1892, p. 833.

Observation. — M..., 22 ans, depuis 8 ans en Algérie, jardinier à Batna, actuellement soldat au 1er régiment de zouaves. Sujet blond, constitution assez robuste, intelligence moyenne.

Antécédents héréditaires, nuls. — *Antécédents personnels.* Brûlures étendues à l'âge de 5 ans ; cicatrice en forme de feuilles, avec nervures caractéristiques au poignet, sous le téton droit et au cou. Accès plus ou moins éloignés de fièvre intermittente depuis sept ans ; *aucune maladie vénérienne.*

L'affection cutanée qui l'amène actuellement à l'hôpital a débuté il y a deux ans. Après une durée de deux à trois mois, elle a rétrocédé et même complètement disparu, à son dire, *pendant un an et demi*, pour récidiver il y a environ trois mois.

La première éruption a laissé de son passage des traces indélébiles. Elle avait commencé à la région antéro-externe du coude droit (1), sur la peau qui recouvre la masse des muscles épicondyliens, et formé ensuite des placards symétriques, d'étendue variable, sur la face externe des deux bras, à la partie postérieure de la ceinture, à la région antérieure des deux cuisses et enfin à la face interne du mollet droit. Les lésions, comme on peut le voir, présentent une symétrie bien marquée.

Dans tous les points pris, il reste des cicatrices peu profondes et souples, comme celles de la syphilis, mais s'en différenciant en beaucoup d'endroits, par la disposition en mosaïque et le piqueté qui passent pour pathognomoniques (2).

L'étendue de ces signatures de la première poussée est très variable. Tantôt, elles sont réduites à une sorte de semis de dépressions punctiformes séparées par des îlots de peau demeurée saine ; tantôt, au contraire, elles montrent plus d'ampleur et forment une marqueterie de plaquettes plus ou moins arrondies, de la largeur d'une pièce de vingt centimes. Enfin, dans les points où le processus a été le plus intense, là où le malade s'est le plus gratté, on rencontre de larges aires à contour un peu polycyclique qui atteignent les dimensions de deux pièces de cinq francs accolées l'une à l'autre.

Abstraction faite du pointillé signalé plus haut, certaines cicatrices sont entièrement blanc de lait, vacciniformes ; d'autres sont plus foncées et présentent à leur pourtour une aréole souvent incomplète, colorée en brun ou en rose violet (3).

Sur toutes ces plaques de sclérose superficielle, il n'existe pas à proprement parler de troubles objectifs ou subjectifs de la sensibilité ; sur la plupart, on remarque des poils follets simplement un peu plus rares qu'en terrain normal.

Dans la récidive, comme dans la première poussée, on est frappé, au premier coup d'œil, par la symétrie des lésions.

Voici la topographie des nouvelles plaques, où l'on peut étudier alors les éléments jeunes, dont nous n'avons encore décrit que les vestiges.

(1) Là existe une cicatrice un peu exubérante, kéloïdique.

(2) Voir *Soc. de dermat.*, 1892, p. 837.

(3) Ce n'est pas le lilac-ring de la morphée, c'est une teinte d'un ton plus accentué.

Deux plaques superposées à droite comme à gauche en arrière, au niveau de la ceinture, deux plaques dans les régions scapulaires ; une longue et large traînée débordante dans la rainure interfessière, voilà pour le tronc. Sur les membres, les deux régions olécrâniennes sont prises, ainsi que le côté externe du creux poplité droit (1).

L'éruption est précédée de *démangeaisons assez vives*, de petits picotements, de brûlures légères, etc. Ces dernières sensations reparaissent de temps à autre, soit le jour, soit la nuit; *il suffit que l'une quelconque des plaques devienne prurigineuse, pour que toutes les autres l'imitent rapidement.*

La lésion élémentaire qui *signe l'affection est la papule caractéristique du lichen plan*, plate, polygonale, jaune cireux, brillante à la surface, lorsqu'on l'examine à jour frisant. Cette efflorescence typique se rencontre principalement dans les îlots lichéniens jeunes, à la ceinture et dans la région dorsale. Sur les coudes et dans le sillon interfessier, les papules acuminées dominent au contraire d'une façon très marquée (2).

Les papules agglomérées forment des placards irréguliers, à fond quadrillé, qui varient comme coloration du jaune cireux au rouge brun, ou même violacé.

Lorsqu'on promène le doigt sur ces surfaces, on a la sensation de la peau de chagrin ; à leur niveau, on constate en outre l'exagération des plis cutanés et un épaississement notable des téguments.

Il est une plaque plus intéressante que les autres parce que l'on y surprend le *processus en marche*, c'est la plus vaste, celle qui siège à la hauteur de la ceinture du côté droit. En ce point en effet, on voit défiler tous les degrés évolutifs de la lésion, depuis la papule plane caractéristique, jusqu'à la cicatrice décolorée. On assiste à l'affaissement des saillies, qui disparaissent en laissant à leur lieu et place des dépressions ponctiformes, qui finissent par se réunir en nappes, tout en se déplaçant par gradations successives (3).

Examen biopsique. — L'examen histologique d'un fragment de peau pris en pleine éruption dans la rainure interfessière, nous a simplement montré une infiltration abondante de cellules rondes, embryonnaires, à noyau volumineux, dans la couche papillaire et les régions superficielles du chorion. Les amas cellulaires se groupent volontiers, d'autre part, autour des vaisseaux, des glandes sébacées et des conduits sudoripares. Dans cette région, il n'y avait pas encore de sclérose commençante.

Nous avons institué le traitement classique, l'arsenic à doses progressives et les douches tièdes en jet brisé. Sous l'influence de cette thérapeutique, il est déjà survenu une amélioration notable, le prurit a complè-

(1) Lors des deux poussées, les lésions, quoique symétriques, ont été toujours plus marquées à droite.

(2) Ces dernières sont *parfois* surmontées d'une petite croûtelle cornée et centrée par un poil.

(3) A part les éruptions signalées, le malade n'a rien par ailleurs, le cuir chevelu, les ongles, la bouche ne présentent aucune lésion.

tement disparu, aucune nouvelle plaque ne s'est montrée, et les anciennes se décolorent et s'affaissent rapidement (1).

Outre l'*étendue* vraiment remarquable des lésions cicatricielles, plusieurs points sont encore intéressants dans cette observation. *La symétrie des plaques éruptives, leur disposition un peu zoniforme* (2) *sur la ceinture, le prurit prémonitoire, l'effet rapidement sédatif des douches faibles*, sont également à noter et font tout de suite penser à l'*origine nerveuse* du lichen plan (3).

Il est enfin une particularité assez curieuse, c'est la longueur de l'intervalle, *un an et demi*, entre la première poussée et la récidive.

La présence de papules de lichen plan nous a permis de faire d'emblée le diagnostic. Privé de cet élément caractéristique, en présence des seules papules acuminées et cornées, on pourrait peut-être hésiter un instant avec certaines affections voisines, en particulier avec les *syphilides lichénoïdes* et la *kératose pilaire à forme érythémateuse* (4).

Nous avons eu la bonne fortune d'avoir dans le service, en même temps que le malade qui fait le sujet de notre observation, ce que l'on appelait improprement autrefois, un « *lichen syphilitique* ». Il nous a donc été facile de faire la comparaison indépendamment de l'absence de démangeaisons préventives ; la disposition, la forme, la coloration des plaques, tout était différent. L'éruption, beaucoup moins discrète, occupait surtout *la face antérieure du tronc* et la racine des membres, elle était constituée par des papules *tantôt isolées* et tantôt *réunies en groupe circulaire à fond rouge jambon*. Ces éléments, beaucoup *plus saillants, plus gros et plus durs* que ceux de notre lichen, étaient empanachés par la collerette de Biett et ne présentaient en aucun point *les petites dépressions, la fine ombilication* de ses papules acuminées.

Quant à la kératose pilaire, le début dans l'adolescence et non dans l'enfance, le siège, les signes subjectifs, l'absence de séborrhée concomitante du cuir chevelu, l'intégrité relative du système pileux, tout plaiderait contre elle.

(1) Avant d'être vu par nous, le malade avait été traité comme syphilitique, l'affection était devenue absolument stationnaire.

(2) Lorsqu'on examine *de loin* la partie postéro-latérale du thorax de M... on croirait voir un zona en voie de régression.

(3) JACQUET.

(4) Ulérythème ophryogène de Taenzer.

Nous faisons bon marché du lichen acuminatus neuroticus d'Unna, l'état général de notre observé était excellent. Nous éliminons également d'emblée le pityriasis pilaire, type morbide trop distinct, avec ses localisations au cou et à la main, ses desquamations palmaires et plantaires et son enveloppement pityriasique du cuir chevelu.

Reste le cas où l'on observerait le malade entre deux poussées, le cas où l'on ne se trouverait plus qu'en face des vestiges cicatriciels de l'affection. Ceux-ci ont encore leur cachet spécial, rendant le diagnostic parfaitement possible.

La disposition en *mosaïque*, le *pointillé* caractéristique comme l'ont fait observer MM. Fournier et Besnier lors de la présentation du dernier cas de M. Darier, suffisent à différencier la *sclérose lichénienne des cicatrices syphilitiques et des diverses sclérodermies.*

Élections.

M. Dron, chirurgien de l'Antiquaille, à Lyon, est nommé membre titulaire.

M. Ravogli, de Cincinnati, est nommé membre correspondant.

Le secrétaire,
E. Jeanselme.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 7 février 1894.

PRÉSIDENCE DE M. LANG

Gomme centrale de l'os et périostite ossifiante.

M. EHRMANN présente un malade atteint au mois de juin dernier de condylomes larges des parties génitales et de syphilide maculeuse. Actuellement, au milieu de la cuisse, épaississement fusiforme du fémur, lequel soulève les muscles et sur la ligne âpre fait une saillie légèrement douloureuse. Un peu de sensibilité à la pression. Douleur intense spontanée survenant chaque après-midi. Quelques chirurgiens portèrent le diagnostic d'ostéosarcome ; un traitement antisyphilitique et des badigeonnages iodés suivis d'une amélioration rapide justifièrent le diagnostic de l'auteur.

Ophtalmoplégie.

M. EHRMANN présente un cas d'ophtalmoplégie douze ans après l'infection syphilitique : A droite, dilatation pupillaire, pas de phénomènes de paralysie. A gauche, légère mydriase, paralysie du droit interne, autrefois presque complète, actuellement diminuée. Léger ptosis, plus marqué auparavant. Fond de l'œil et acuité visuelle normaux. Avec l'absence des symptômes cérébraux on peut, en raison des phénomènes qui existent des deux côtés, exclure une maladie de la substance corticale, de la couronne rayonnante, et de la capsule interne, ainsi que celle de la masse des ganglions. Par suite de l'absence de symptômes du facial et de l'hypoglosse et de tous autres phénomènes, pouvant faire croire à une affection plus étendue des noyaux nerveux et de la moelle allongée, il est permis de n'admettre qu'une maladie des deux troncs nerveux à la base. Comme on sait que la pachyméningite syphilitique survient très souvent à la base du cerveau, et se continue comme névrite sur les troncs nerveux, il s'agit évidemment dans ce cas d'une pachyméningite au point où les deux oculo-moteurs étant très rapprochés sortent entre les pédoncules du cerveau. On peut expliquer facilement par une distribution inégale de l'infiltrat entre les fibres nerveuses l'atteinte différente des fibres pupillo-motrices et oculo-motrices.

Lichen ruber.

M. HEBRA. — Ce cas n'est intéressant qu'en ce que l'éruption est exclusivement localisée sur le dos de la main et par plaques sur le tibia gauche.

Réinfection syphilitique.

M. NEUMANN présente un homme de 27 ans avec une syphilide macu-

leuse et une nodosité aplatie, dont la grosseur dépasse celle d'une lentille, située sur le bord du prépuce, reste d'une affection primaire ; en outre, engorgement multiple des ganglions inguinauxet des ganglions périphériques. Ce malade était déjà en traitement en 1884 dans la clinique de l'orateur pour une affection syphilitique primaire du sillon coronaire ; on lui fit alors, à partir de la 5e semaine de la maladie, comme traitement préventif, 50 frictions hydrargyriques. C'est donc là un cas bien constaté de réinfection spécifique et c'est le seul où l'orateur a pour la première fois employé la cure préventive.

Psoriasis.

M. Spiegler. — Il s'agit d'un étudiant qui a eu, il y a deux ans, pour la première fois, un psoriasis et dont une récidive se produit actuellement. Déjà à cette époque il survint des plaques psoriasiques d'abord dans le creux des aisselles, puis au creux poplité et ultérieurement sur les surfaces de flexion et aussi sur le pénis. Ce sont là des localisations très rares. Dans cette forme de psoriasis, malgré le traitement le plus rationnel, il y a toujours quelques plaques qui résistent à toutes les médications et sont le point de départ d'une récidive.

M. Neumann. — Dans ces cas le frottement ou la chaleur détermine un psoriasis chez les sujets prédisposés, notamment dans le creux axillaire et sur le pénis, etc. Tandis que chez un individu ayant un eczéma, par exemple du cuir chevelu, lequel envahit régulièrement les parties voisines, il s'y joint un psoriasis d'une manière intercurrente.

Paralysie progressive.

M. Nobl présente un typographe de 35 ans, du service de Lang, atteint d'une paralysie progressive à son début. La syphilis remonte à 1889, à cette époque : syphilide papuleuse traitée par des injections de sublimé. Une récidive sous forme de plaques dans la bouche, de papules sur les cordes vocales et d'exanthème papuleux amena le malade au commencement de mai 1890 dans la division de Lang ; les accidents disparurent sous l'influence d'injections d'huile grise. En 1891, nouvelle récidive — éruption papuleuse — qui céda après 8 injections d'huile grise. Depuis, pas d'accidents ; ce n'est que dans l'été de l'année dernière qu'il survint sur le tronc des papules à disposition serpigineuse : iodure de potassium et localement emplâtre mercuriel ; ces symptômes cédèrent au bout de quelques semaines. Il y a quatre semaines, le malade étant parfaitement bien, il serait survenu dans une seule nuit une parésie prononcée du facial droit avec parésie légère des membres supérieurs et inférieurs. La parole est lente, traînante. Difficulté de prononcer les syllabes. Le malade commet des erreurs grossières en comptant et son écriture est celle d'un paralytique.

M. Lang. — On ne saurait affirmer d'une manière absolue qu'une paralysie est d'origine syphilitique. Selon Krafft-Ebing la paralysie progressive a, dans 75 p. 100 des cas, la syphilis pour point de départ. On n'a jusqu'à présent dans aucun cas trouvé des foyers syphilitiques nettement circons-

crits, mais il faut tenir compte des recherches étiologiques des médecins qui s'occupent de psychiatrie.

M. Ehrmann est d'avis qu'on n'a nullement démontré un rapport direct entre la paralysie et la syphilis. Il préférerait voir les syphiligraphes s'occuper de cette question, car les neurologistes trouvent très facilement de la syphilis dans les occasions les plus différentes.

M. Königstein. — Il y a un grand nombre de médecins qui n'admettent pas que la paralysie ait une base syphilitique, mais il en est aussi beaucoup d'autres pour lesquels non seulement la paralysie mais encore le tabes procèdent de la syphilis. D'après la théorie actuelle non seulement 75 p. 100, mais 90 p. 100 des cas sont comptés comme syphilitiques par des médecins, qui dirigent très consciencieusement des statistiques et font avec prudence le dénombrement.

M. Lang. — On ne peut mettre en doute chez le malade actuel une syphilis antérieure. Toute la question dans ces cas concerne toujours la nature du rapport avec la syphilis. Les anatomo-pathologistes n'ont pas indiqué les modifications incontestables qu'il faut rapporter à la syphilis, les maladies en question peuvent, strictement parlant, ne pas être regardées comme syphilitiques. On ne pourrait expliquer le rapport avec la syphilis qu'en ce sens que les produits des mutations organiques du contage supposé altèrent les appareils nerveux ou que la syphilis dispose plus facilement aux maladies des centres nerveux.

M. Neumann. — La solution de cette question est encore éloignée. De temps en temps on observe des maladies directes du système nerveux central, mais bien plus fréquentes sont les affections des nerfs périphériques après la syphilis.

Syphilis extra-génitale.

M. Neumann. — Chez un ramoneur âgé de 30 ans, il existait deux scléroses au niveau de l'hypochondre.

A. Doyon.

Séance du 21 février 1894.

Présidence de M. Lang

Condylomes acuminés.

M. Neumann présente un homme de 22 ans, avec larges proliférations au périnée et autour de l'anus ; elles sont rouge clair, semblables à une crête de coq et entourées d'une aréole nettement circonscrite. Il y a en outre, des plaques humides de la grosseur d'une lentille, saillantes, dures, mais aplaties, d'autres analogues entre le scrotum et la face interne de la cuisse, sans dépôt lardacé. Ganglions inguinaux et périphériques hypertrophiés, toutefois cet état peut être rapporté à une variole antérieure. Comme il n'y a d'autre part pas de symptômes de syphilis, que les proliférations sont nettement disposées en traînées et que la peau environnante est, après leur disparition, le siège d'intertrigo et de pigmentations, l'auteur considère ces proliférations comme des condylomes acuminés consécutifs à de l'intertrigo. Il prescrira toutefois des frictions Hg pour assurer le diagnostic.

M. Lang serait disposé à croire qu'il s'agit d'une affection syphilitique et que les proliférations auraient pour point de départ des papules humides.

M. Mracek. — D'après lui, il s'agirait de végétations blennorrhagiques. La pression mécanique peut avoir contribué essentiellement à ce que les proliférations n'aient pas de caractère aussi marqué ; leur bord est légèrement décollé, elles ne ressemblent donc pas à un infiltrat syphilitique ordinaire. Ces proliférations n'ont pas le caractère de papules syphilitiques, mais bien plutôt de papilles hypertrophiées. En somme il se range à l'opinion de Neumann.

M. Lang. — On a observé aussi des papules semblables dans d'autres régions. Dans le pli naso-labial et dans beaucoup d'autres régions, on trouve fréquemment des papules humides analogues. Ce sont des excroissances papillomateuses sur une base syphilitique. L'orateur ne conteste pas le caractère papillomateux, mais il croit que les proliférations sont d'origine syphilitique.

M. v. Zeissl ne pense pas qu'on ait affaire ici à des papules humides. En raison du léger engorgement des ganglions inguinaux, il lui est impossible d'admettre la syphilis. Les cas de syphilis indiqués par Lang sont très rares, aussi son hypothèse n'est pas justifiée. De plus il serait possible qu'il y ait eu une invasion de gonocoques dans le rectum et que la blennorrhagie rectale ait déterminé les papillomes vénériens.

M. Neumann. — Il s'agit principalement ici de décider si on a ou non affaire à de la syphilis. Quant à lui, il est convaincu que ces proliférations sont des condylomes acuminés, toutefois il soumettra à une cure de frictions le malade qu'il montrera de nouveau à la Société au bout de quinze jours. On examinera également quelques efflorescences et l'étude anatomique tranchera certainement la question. Il n'y a pas de signes de syphilis et il n'a pas trouvé de vestiges de sclérose.

M. v. Hebra. — Il est certain qu'il y a eu une sclérose du pénis. On ne sait pas encore aujourd'hui comment et dans quelles conditions naissent et se développent les condylomes acuminés. La blennorrhagie n'est pour rien dans le cas actuel. Il n'est pas impossible que le pus d'une véritable efflorescence syphilitique donne lieu à des condylomes de ce genre ; leur localisation est en faveur de cette opinion, il tient donc ce cas pour syphilitique.

M. Grünfeld. — Les infiltrats que l'on observe ici ne se rencontrent que dans la syphilis.

Lupus érythémateux.

M. Schiff présente une femme qu'il traite depuis six ans d'un lupus érythémateux occupant presque toute la face, les oreilles et une grande partie du cuir chevelu. Elle est aujourd'hui presque complètement guérie ; de toutes les méthodes de traitement qu'il a employées, celle dont les résultats ont été les plus satisfaisants, c'est l'emplâtre salicylé (jusqu'à 40 p. 100) pour provoquer la desquamation, et ensuite l'emplâtre hydrargyrique.

Gommes cutanées.

M. Neumann appelle, à propos d'un malade, l'attention de la Société sur la grande ressemblance que certaines gommes cutanées encastrées dans des cicatrices présentent avec le lupus vulgaire, en raison de la nature des cicatrices et de la couleur des efflorescences. Un ulcère gommeux, cratériforme, situé sur le front et ayant dénudé l'os, ainsi que des cicatrices caractéristiques consécutives à des gommes ulcérées, facilitent le diagnostic de syphilis chez ce malade.

M. Lang a vu dans des infiltrats syphilitiques persistant pendant des années après la régression, des lésions qui rappellent le lupus et qu'il a désignées sous le nom de lupoïdes. Le traitement antisyphilitique général ou local n'a pas d'action; seule une intervention énergique, comme dans le lupus, donne des résultats satisfaisants.

M. Ehrmann appelle l'attention sur ce que, dans ce cas, il y a une masse caséeuse encastrée dans un tissu dur de cicatrice. Le défaut de résorption de ces amas caséeux est dû à des conditions purement anatomiques.

M. Kohn. — D'après des auteurs anciens, les cicatrices de ce genre peuvent disparaître sous l'influence de la décoction de Zittmann.

Érythème multiforme.

M. Neumann. — Ce cas est intéressant en ce que pendant toute la durée de la maladie (trois semaines) il s'est produit une fièvre persistante et intense de 38°,9 à 39°, fait très rare quand il n'existe aucune maladie intercurrente : péricardite, etc. Organes internes absolument sains.

Pemphigus serpigineux.

M. Nobl. — Malade du service de Lang. Il s'agit d'un homme de 70 ans, très affaibli, cachectique, chez lequel il est survenu des bulles à disposition serpigineuse, à différents degrés de développement et de régression. L'examen du sang chez ce malade ne révèle qu'une leucocytose modérée, caractérisée surtout par l'augmentation des cellules éosinophiles; pas d'éléments anormaux dans l'urine. L'affection a débuté au mois de novembre. Jamais auparavant d'éruptions bulleuses.

Greffes cutanées dans le lupus.

M. Nobl présente encore un garçon de 20 ans, chez lequel Lang, après avoir excisé profondément un foyer de lupus en partie verruqueux, en partie sclérosé, situé sur la face dorsale du pied droit, a fait des greffes cutanées d'après le procédé de Thiersch. La plaie, de 8 centim. de longueur et de 4 centim. de largeur, a été recouverte de lambeaux de peau pris sur le côté externe de la cuisse du même côté. L'opération réussit, les lambeaux reprirent parfaitement, à l'exception de deux à trois points de la dimension d'une lentille à celle de la pointe du doigt. Ultérieurement quelques points suspects au voisinage du foyer lupique dans la peau saine, furent détruits avec le thermo ou l'électro-cautère. Depuis quinze jours le malade marche et l'autoplastie est intacte.

M. Lang tient à ajouter, à propos de l'observation précédente, que, dans ce mode de traitement, il s'agit d'enlever tout le foyer morbide ; après chaque opération, il examine avec soin si on a dépassé dans la profondeur les limites du lupus. Avec l'opération radicale on peut avoir l'espoir d'éviter les récidives.

V. Zeissl cite un cas de lupus du nez pour lequel on fit la rhinoplastie avec le plus grand soin. Deux ans après, le lupus récidiva dans les lambeaux cutanés.

M. Neumann. — Le lupus de la face pénètre plus ou moins dans les tissus. Si l'on examine un de ces malades par la cavité buccale, on trouve dans les cas de récidive que le tissu est encore infiltré dans la profondeur, par conséquent le lambeau de peau sus-jacent deviendra le siège d'une récidive, mais au bout d'un certain temps seulement, car le tissu lupeux prolifère très lentement. D'où la nécessité de pratiquer les extirpations en pénétrant assez profondément.

M. Lang. — Quant aux récidives, voici des faits constants : Si on emploie des agents caustiques, le pyrogallol, etc., le malade aura une récidive au plus tard au bout de trois mois. L'intervention opératoire est actuellement toute différente de ce qu'elle était. On ne greffe qu'une couche mince comme du papier qui ne renferme en réalité que les cônes papillaires. Si une récidive doit se produire elle surviendra rapidement, non comme après la greffe de lambeaux épais. D'après son expérience, si au bout de six mois il n'y a pas eu de récidive *in loco*, on peut regarder la guérison comme complète.

Tumeur gommeuse.

M. Nobl présente une femme de 45 ans, mariée, atteinte d'une tumeur gommeuse du volume de deux poings qui a envahi toute la fesse droite. Sur la fesse gauche ainsi que sur la jambe droite, vestiges d'infiltrats antérieurs. La maladie remonterait à huit mois, pas de traitement antisyphilitique. Elle a accouché sept fois, quatre enfants sont morts entre 10 et 15 ans ; en dernier lieu, avortement il y a cinq ans au troisième mois de la grossesse ; elle ignore si elle a eu une maladie vénérienne.

Feu le professeur Kundrat croyait que, dans ce cas, on avait affaire à une tuberculose.

La sécrétion a été souvent examinée et on n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux. A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 13 mars 1894.

Président : M. Lassar. — Secrétaire : M. Saalfeld.

Syphilis infantile.

M. Saalfeld présente un garçon de 4 ans infecté de syphilis par son beau-père. On aperçoit encore une adénite sous-maxillaire très développée

du côté gauche. Les amygdales sont hypertrophiques ; celle de gauche d'une teinte grisâtre.

Pityriasis rubra.

M. Peter cite le travail de Jadassohn qui se base sur 19 cas de pityriasis rubra, dont 3 ont été observés par lui-même. Ils sont remarquables par le gonflement des glandes lymphatiques, et dans la majorité par une diathèse tuberculeuse. Dans deux de ses cas, Jadassohn avait réussi à trouver des bacilles dans les organes respiratoires, dans les glandes lymphatiques, et dans sept cas dont on fit la section, six étaient compliqués de tuberculose. M. Peter a vu dans les dernières années, deux cas de pityriasis rubra, dont le premier observé dans l'hôpital du Friedrichshain sera publié par le professeur Fürbringer. Le second cas concerne un cocher d'une brasserie qui a été reçu dans la clinique du professeur Lassar le 8 février. Le malade jouissant auparavant d'une bonne santé, est robuste, marié, et a un fils de 15 ans. Sa famille a été toujours libre de tuberculose. Il y a cinq mois des pellicules commencèrent à se montrer sur le cuir chevelu, auxquelles se joignirent bientôt sur la poitrine et sur le ventre des taches rouges qui étaient également couvertes de squames, L'exanthème se répandit dans les trois mois suivants sur le corps entier. Lorsque la rougeur fut devenue tout à coup universelle, le malade se présenta à la clinique. La peau fut partout d'un rouge foncé et couverte de petites squames ; il n'y avait des régions normales qu'aux fesses, aux paupières inférieures et au nez. La peau était tendue, luisante et œdémateuse.

L'examen des organes intérieurs donna un résultat négatif. La maladie se répandit rapidement, et en peu de jours toute la surface offrit le même état pathologique. Un ectropion des paupières commençait à se former, les cheveux tombaient, les glandes cervicales et inguinales s'enflaient et l'état général empirait : le malade souffrait d'insomnie et maigrissait. La température était normale.

M. Lassar mentionne que le cas présenté ressemblait le plus à un psoriasis. Il n'y avait pas de démangeaisons remarquables et l'idée qu'il s'agissait d'un eczéma artificiel produit par un traitement antérieur ne put être soutenue. Les glandes lymphatiques augmentaient de volume seulement au courant de l'observation, de sorte qu'on ne peut attacher trop de valeur à ce point. La desquamation n'a diminué que par l'emploi des bains et de frictions d'axonge. Mais on voit qu'à un moment le malade montre un état d'infiltration générale de la peau. Toute thérapie contre celle-ci a été vaine jusqu'alors. Ce résultat négatif donne un certain appui à la diagnose formulée de pityriasis rubra, mais M. Lassar ne nie pas la possibilité d'une autre interprétaton.

M. Furst demande si les muqueuses sont normales.

M. Peter répond que seulement les lèvres sont gercées en partie.

M. Heller voudrait savoir le résultat de l'examen de l'urine.

M. Peter explique qu'elle est normale.

M. Isaac mentionne que, dans tous les cas présentés dans ces derniers temps comme pityriasis rubra, on a trouvé par l'observation continuée que la

diagnose a été fausse. Aussi le malade ne montre pas l'enflement caractéristique des glandes ; l'augmentation observée pouvant être le résultat d'un prurit ou d'autres causes. Pour cela on fera bien d'observer une certaine réserve.

M. Peter rapporte que, dans le cas de M. Fürbringer, on a été en état de faire un examen minutieux anatomique qui donnait un résultat différent des autres affections en question. Le prurit est minime dans le cas présenté ; l'enflement des glandes et la chute des cheveux existent depuis quatre semaines.

M. Lassar se joint en général à l'interprétation expectative de M. Isaac, et ramène le gonflement des glandes à l'hyperplasie et à l'infiltration qui se sont formées par le courant d'exsudation existant dans la peau. Mais pour le moment on ne pourrait exclure la diagnose de pityriasis rubra.

M. Glantzer raconte que le malade a été traité auparavant dans la polyclinique de M. Ledermann, pour un psoriasis universel, par la chrysarobine qui a amené une dermatite. Après cela, il n'est plus revenu.

M. Peter mentionne qu'au commencement, la ressemblance avec un psoriasis a été grande mais qu'on a dû renoncer à cette diagnose au courant de l'observation, parce qu'en éloignant les squames on ne remarque pas d'hémorrhagies. Le prurit et la difficulté d'un libre emploi des articulations ne soutiennent pas non plus la diagnose du psoriasis.

M. Lassar réplique que la communication de M. Gläntzer appuie tout à fait la première impression qu'il a eue du malade. Il semble seulement douteux que la chrysarobine ait produit cette dermatite forte, puisque le processus a continué à se répandre, ce qui n'est pas généralement le cas quand on suspend le traitement par la chrysarobine.

M. Peter croit que l'excision d'un morceau de peau servira à éclaircir la différence anatomique.

Discussion sur la communication de M. Renvers : Les affections des articulations et la syphilis.

M. Rosenthal rapporte ses propres expériences qui ne se bornent qu'à la catégorie que M. Renvers a citée la première. Ce sont les affections qui s'observent pendant l'état éruptif ou prééruptif de la syphilis. M. Rosenthal a eu l'occasion d'en voir plusieurs cas et est d'avis qu'ils sont plus fréquents qu'on ne le croirait en lisant la littérature. En général, les plaintes des malades ne sont pas grandes, et, comme M. Renvers l'a déjà mentionné, il s'agit d'affections para-articulaires, c'est-à-dire de celles des muscles, des tendons ou des ligaments.

M. Rosenthal se souvient d'un malade qui se plaignait de douleurs dans l'articulation d'un genou pendant l'époque éruptive. L'articulation n'était pas enflée, mais le tendon patellaire était douloureux au contact sans cause certaine. M. Rosenthal croit que les affections de cette époque sont plus fréquemment mono-articulaires que polyarticulaires et que l'articulation du genou est prise le plus souvent comme par suite de la gonorrhée, en seconde ligne celle du coude. Cela provient probablement des traumatismes auxquels ces articulations sont exposées avant toutes les autres.

M. Renvers croit que les affections articulaires observées dans l'époque éruptive et dans l'état tertiaire doivent être reconnues généralement. Mais les cas simulant un rhumatisme subaigu sont d'une plus haute importance, parce qu'il n'est pas bien facile de faire le diagnostic. M. Renvers a eu, depuis la communication faite à la Société, il y a quelques semaines, l'occasion de traiter de nouveau deux de ces cas. Dans un de ceux-ci, il s'agissait d'un homme qui avait acquis la syphilis il y avait quatre mois et avait pris lui-même l'iodure de potassium pour un exanthème dermique. Les symptômes qu'il offrait à sa réception dans l'hôpital, se bornaient à des affections articulaires multiples, l'examen exact fit seulement trouver des plaques muqueuses aux amygdales et à l'anus. Les frictions mercurielles firent disparaître l'affection articulaire traitée vainement auparavant. Le second cas concernait un malade qui montrait à sa réception une roséole répandue, jointe à une température de 39°,4. Le deuxième jour, le malade se plaignit de douleurs très fortes dans les articulations de la main et du genou. Le même traitement antisyphilitique amena aussi dans ce cas la disparition des symptômes.

M. Saafeld traite dans le moment, un malade qui montrait il y a quelque temps un exanthème peu clair, papulo-squamo-prurigineux. Le baume du Pérou fut employé sans succès. Tout à coup le malade se plaignit de douleurs intenses dans l'articulation du genou, de sorte que M. Saalfeld commençait à croire à un purpura hémorrhagique. L'acide salicylique n'eut pas de résultat, mais l'iodure de potassium fit disparaître les douleurs sans amener une guérison. On ne put trouver d'autres symptômes de syphilis. Le malade étant marié niait une cohabitation extra-matrimoniale. Néanmoins, M. Saalfeld ordonna des pilules à l'oxyde de tannate de mercure et plus tard des frictions mercurielles. Tous les symptômes disparurent.

M. Isaac se souvient de trois cas d'affections articulaires. Le premier cas concernait une jeune fille qui fut reçue dans la clinique de M. Lassar, durant l'internat de M. Isaac, pour une ulcération des amygdales et qui eut plus tard une récidive. Toutes les articulations, spécialement celles du genou et du coude, étaient prises d'une manière remarquable. Les symptômes disparurent après l'emploi de l'iodure et des frictions. Le second malade fut traité par M. Isaac, il y a cinq ans, pour une sclérose et montra un jour un gonflement de l'articulation du genou. Un chirurgien en fit la ponction, mais sans résultat. En faisant un examen minutieux on trouva des gommes dans le gastro-cnémien. Le malade fut guéri à Aix-la-Chapelle, après un traitement de trois semaines. M. Isaac ajoute encore qu'il y a deux ans, M. Schuster a dirigé l'attention sur le fait que 17 p. 100 de toutes les affections articulaires venant à Aix-la-Chapelle doivent être ramenées à la syphilis.

M. Lassar demande à M. Renvers, s'il est possible de faire des conclusions certaines de l'espèce des affections articulaires quand on néglige le manque de succès d'une thérapie anti-rhumatismale.

M. Renvers croit qu'on ne peut faire une diagnose que quand on trouve sur le corps d'autres signes syphilitiques. Une affection articulaire syphilitique n'offre pas de symptômes spécifiques.

Des affections palmaires syphilitiques.

M. Lassar présente une série de photographies d'affections palmaires syphilitiques. Celles-ci se trouvent surtout chez des gens qui ont à travailler beaucoup avec les mains ; cette circonstance contribue à l'explication de ces affections, vu le contact intime du traumatisme et de la syphilis. La diagnose est même quand il s'agit d'un exanthème serpigineux de la paume de la main, mais on voit en maints cas la forme papuleuse qui peut également se répandre dans un sens circulaire. Les papules peuvent alors tellement s'élargir que la peau tendue à l'extrême se fend, mais elles continuent toujours à s'étendre. M. Lassar voudrait dénommer cette forme, la forme érosive de l'affection palmaire. Celle-ci peut naturellement aussi se trouver à côté de la papule simple ou peut donner lieu à des épaississements kératosiques, comme dans les cas syphilitiques. Dans d'autres cas, la main peut être prise d'une inflammation quasi-diffuse, mais on peut toujours reconnaître que tous ces processus se sont développés de la papule, qui se retrouve aussi facilement dans les formes serpigineuses. La sûreté de la diagnose est moins certaine quand un changement tylotique de cause mécanique vient s'ajouter à l'affection ; pour cette raison, il ne faudra jamais oublier que le même aspect peut se produire par une influence mécanique sur un sol psoriasique. Et il est quelquefois extrêmement difficile de distinguer une syphilide palmaire d'un psoriasis, puisque les deux affections se propagent en lignes serpigineuses et ont la papule comme efflorescence primaire. M. Lassar ajoute qu'il ne connaît pas de différence principale entre les affections palmaires de la syphilis récente et de la syphilis ancienne. Peut-être parviendra-t-on, par des examens microscopiques continus, à trouver s'il existe une forme unique d'affections palmaires, qui feint une fois la syphilis et une autre fois le psoriasis. Mais la thérapie sert ordinairement à révéler la diagnose. Comme on sait que les formes cornées de la syphilis réagissent beaucoup plus lentement, il est aisé de penser dans ces cas à une affection mixte. Pour cette raison on fait bien d'employer dans les affections rebelles la chrysarobine à côté d'un traitement spécifique. M. Lassar a vu justement aujourd'hui un homme souffrant d'une affection palmaire spécifique non guérissable, parce que le malade est artiste dans un cirque et doit toujours travailler avec les mains.

M. Rosenthal mentionne qu'à côté de la papule que M. Lassar regarde comme la forme primaire, aussi la macule peut servir de base au psoriasis palmaire. Il y a peu de jours, M. Rosenthal a vu un malade, dont les paumes étaient entièrement couvertes de macules sans qu'on pût s'apercevoir d'une seule papule.

M. Heller demande quelle valeur M. Lassar attribue à l'aire inflammatoire des efflorescences de la paume, et s'il peut rapporter des résultats d'examens anatomiques. Dans les expériences faites par le professeur G. Lewin et M. Heller sur des cors syphilitiques, ils ont trouvé que, comme dans les cornes cutanées, la kératisation se fait tout à fait irrégulièrement, c'est-à-dire que l'on trouve des cellules cornées à côté d'autres qui ne le sont pas encore, de sorte qu'on remarque au milieu d'un tissu

corné une île formée par des alvéoles de cellules non cornées. Ce résultat ressemble dans un certain sens à l'accroissement des os dans la syphilis héréditaire.

M. Lassar avait seulement l'intention de parler des formes tardives de la syphilis, sans se trouver en opposition à M. Rosenthal. Quant à des examens anatomiques, il n'est pas en état d'en parler.

O. Rosenthal.

NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

228th Regular meeting.

Présidence du Dr C. W. Allen

Cors spontanés du doigt.

Le Dr Elliot présente une femme âgée de 16 ans, très nerveuse et excitable, quelque peu hystérique. Il y a un mois, elle vit apparaître au médius de la main gauche une, puis plusieurs lésions cornées situées surtout vers la deuxième et la troisième phalange. Il y en a aussi une à la naissance du même doigt, une autre à la naissance du petit doigt. On trouve des verrues ordinaires çà et là disséminées sur les deux mains. Ces lésions ressemblent tout à fait à des cors ordinaires et sont douloureuses à la moindre pression. Il n'y a pas à leur niveau de tendance à la papillomatose, ce qui les distingue des verrues. On a déjà d'ailleurs signalé l'existence de vrais cors à la paume des mains (Kaposi, Crocker). — Dans la discussion qui a suivi, il semble que la plupart des membres présents aient considéré ces lésions comme de simples verrues.

Cas de télangiectasies d'un développement insolite.

Le Dr P. Morrow présente une petite fille de 10 ans qui, peu après sa naissance, avait été prise d'attaques convulsives pendant environ douze mois.

Pendant cette période, à l'âge de 5 mois, des plaques de télangiectasies se développèrent sur la figure et sur le corps, en particulier une plaque d'un ovale irrégulier, large, diffuse, sur la joue gauche, et une autre de la grandeur d'une pièce de un franc vers le menton : celle-ci semble subir une évolution spontanée vers la disparition. Trois ou quatre ans plus tard, un grand nombre de petites lésions parurent au visage, sur le nez et les pommettes. Sur le dos se voit actuellement une sorte de grande cicatrice kéloïdienne d'aspect, et sur le tronc il y a beaucoup de points cicatriciels qui semblent s'être développés spontanément. — Cette communication a été suivie d'une fort longue discussion, les uns considéraient les lésions comme une fibromatose, les autres comme de simples nævi, d'autres admettent la coexistence de deux ordres de lésions totalement différentes les unes des autres. — Mêmes divergences pour le traitement, les uns proposant de simples cosmétiques ; d'autres, des applications de collodion à l'ichthyol ; d'autres, des cautérisations à l'acide phénique ; d'autres enfin, l'électrolyse.

Cas d'un diagnostic douteux (syphilis ou tuberculose).

Le Dr Morrow présente un malade âgé de 45 ans, marié; à 18 ans blennorrhagie, puis tuméfaction douloureuse dans l'aine gauche qui dura six semaines ; au bout de ce laps de temps il eut une inflammation de l'épididyme gauche et des plaies sur le scrotum. Jamais on n'a observé chez lui d'éruption généralisée. En 1889, il commença à se plaindre d'une certaine difficulté à uriner, et il vint voir un chirurgien qui lui enleva un testicule sous le prétexte qu'il était tuberculeux. En 1892, il présenta de nouveau une inflammation du scrotum et du testicule qui lui restait, et on dut se poser la question de savoir si c'était de la syphilis ou de la tuberculose. Il y avait deux ou trois ulcérations à la base du pénis ; elles s'étendaient jusqu'au scrotum ; de plus il y avait une vaste ulcération dans la région inguinale gauche et une autre du côté gauche du scrotum ; ces deux dernières étaient recouvertes de végétations papillomateuses. Toute la peau du pénis était occupée par un tissu de cicatrice. Le Dr Morrow regarda cette lésion comme de la tuberculose, mais par mesure de précaution il soumit le malade à un traitement spécifique, faisant des pansements à l'emplâtre mercuriel, et donnant à l'intérieur l'iodure de potassium. Sous l'action de cette médication, les ulcérations du scrotum et l'inflammation du scrotum ont complètement disparu. — L'opinion de presque tous les membres présents a été que, dans ce cas, il ne s'agissait pas de tuberculose mais de syphilis.

Cas de lupus vulgaire probable.

Le Dr Cutler montre un enfant de 14 ans, d'origine allemande, atteint depuis quelque temps d'une lésion de la région sous-maxillaire. Peu à peu elle s'est étendue, et elle couvre actuellement toute la partie latérale gauche de la région sous-maxillaire, en empiétant un peu à droite ; il n'y a ni prurit ni aucune autre sensation douloureuse. Elle progresse par les bords sans guérir nullement au centre ; elle est constituée par de petites papules qui sont molles au toucher et ont un aspect jaunâtre tout à fait particulier; elles sont pour la plupart discrètes; entre elles se voit du tissu cicatriciel et une atrophie considérable de la peau. — La plupart des membres présents portent le diagnostic de lupus vulgaire superficiel. — Le Dr Piffard seul pense au lupus érythémateux.

Cas de morphée.

Le Dr Sherwell présente de nouveau un malade qu'il a déjà montré à la Société (225e séance). Depuis lors il a enlevé un fragment de la lésion, et le Dr Lutsgarten en a pratiqué l'examen histologique, mais il n'a pu arriver encore à des conclusions précises : tout ce qu'il peut dire, c'est qu'il n'y a pas d'atrophie des fibres élastiques, mais une atrophie considérable du tissu connectif. Cette communication a été suivie d'une discussion un peu confuse, de laquelle il résulte qu'un travail critique sérieux d'ensemble sur tous les faits décrits sous les noms d'atrophie cutanée, de sclérodermie en plaques, de morphée, est absolument indispensable, car la plupart des dermatologistes n'ont pas d'idées fort nettes sur ces points.

Il est probable que dans ce groupe de lésions, comme dans beaucoup d'autres, il y a des types réunis entre eux par de nombreux faits de passage établissant des confusions.

Cas de chancres multiples à distance.

Le Dr Klotz présente un jeune homme chez lequel on avait vu paraître simultanément des chancres syphilitiques à la lèvre inférieure et au sillon glando-préputial du gland. L. B.

229th Regular meeting.

La séance a été consacrée à la présentation par le Dr J.-A. Fordyce d'un malade *atteint au creux de l'aisselle d'une tumeur pédiculée probablement sarcomateuse*, et à la discussion fort longue d'une communication du Dr H. G. Klotz sur l'*antisepsie dans le traitement de l'eczéma.* L. B.

230th Regular meeting.

Présidence du Dr C. W. Allen.

Cas de kératose folliculaire.

Le Dr Allen présente un jeune homme dont le dos est couvert de lésions inflammatoires disséminées, folliculaires d'aspect, et du centre desquelles émergent des sortes de petits piquants d'environ un seizième de pouce de long et qu'on peut sentir en passant la main dessus. Sur le reste du corps se voit de la kératose pilaire.

Cas de lymphangiome.

Le Dr G. H. Fox présente un homme âgé de 60 ans, atteint d'un lymphangiome du bras droit, de l'avant-bras et de la région claviculaire et sternale du même côté. L'affection a débuté en 1865 par un traumatisme. La description donnée est totalement insuffisante.

Les diagnostics posés par les membres présents ont été divers : on a surtout pensé à des lésions tuberculeuses.

Traitement du xanthome par l'électrolyse.

Le Dr Fox présente deux malades qui ont été traités par cette méthode avec succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme atteint de xanthome des deux paupières ; dans le second, d'une femme qui en avait à la paupière supérieure. Chez celle-ci l'affection a complètement disparu après cinq piqûres superficielles d'une minute de durée avec des courants variant comme intensité de 1 à 3 milliampères.

Le Dr Elliot a eu également deux succès par cette méthode.

Cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant.

Le Dr Allen présente un jeune homme qui a déjà eu des attaques fréquentes d'érythème scarlatiniforme desquamatif; la première il y a deux ans, la deuxième en août 1893, la troisième en octobre, la quatrième en décembre. Il n'y a pas de prurit, et à moins d'être fort irritée artificiellement, l'éruption ne suinte pas. Elle s'accompagne d'une desquamation

des plus accentuées. La poussée dure environ une dizaine de jours. On ne trouve pas d'albumine dans l'urine.

Cette communication a été suivie d'une fort longue discussion dans laquelle les membres présents ont cité nombre d'observations analogues, et insisté avec juste raison sur la production fréquente de ces éruptions à la suite d'ingestions de médicaments.

Cas d'acné pilaire cicatricielle.

Les Drs Lutsgarten et Allen présentent un cas de cette affection : ils disent que Unna lui a donné le nom d'ulérythème sycosiforme. C'est essentiellement un sycosis suivi de la production d'un tissu de cicatrice : la maladie occupe la barbe. (Ces lésions ont été depuis assez longtemps déjà décrites en France sous le nom de sycosis lupoïde.)

Cas de dermatite herpétiforme.

Les Drs Lutsgarten et Allen présentent un Suédois atteint de cette affection depuis plusieurs années : il semble que la pilocarpine donne chez lui de bons résultats.

Cas de lichen ruber.

Le Dr Fox présente un enfant atteint depuis plusieurs années de cette affection avec des alternatives de mieux ou de pire. Il est plus que probable qu'il s'agit là, comme le lui ont dit les Drs Elliot et Allen, d'un cas de pityriasis rubra pilaris. L. B.

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 26 mars 1894.

Réinfection syphilitique.

M. Boudougoff fait une communication au sujet d'un malade qu'il a présenté à la Société à la séance du 27 novembre 1893, et qui semble prouver d'une façon absolue la possibilité de la réinfection par le virus syphilitique. Il s'agit d'un homme qui a eu, à l'âge de 16 ans, un chancre induré avec adénite inguinale ; quatre à cinq semaines après, se sont montrés la roséole et un mal de gorge ; le malade fut soumis au traitement mixte pendant quatre à cinq mois. Quatre ans après, il fut soigné pour une neurorétinite diffuse, guérie par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. En octobre 1893, c'est-à-dire environ treize ans après le premier chancre, s'est formée à la verge une ulcération suivie, au bout de quatre semaines, d'une roséole généralisée. Ainsi donc ce fait prouve, d'après M. Boudougoff, la possibilité de la guérison complète de la syphilis.

S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS MILITAIRES DE KIEFF

Séance de février.

Gomme de la sclérotique.

M. Tarnawski présente un malade de 32 ans, qui a la syphilis depuis deux ans, et a toujours été soumis au traitement ; en décembre 1893, il est entré à l'hôpital avec une iritis, du rupia syphilitique de la tête, du tronc et des membres ; huit jours après s'est développée à 2 millim. du bord de l'iris, sur le quart inféro-externe de la sclérotique gauche, une tumeur indolore, mamelonnée, immobile, empêchant par son volume l'occlusion des paupières. Cette tumeur avait des limites très nettes, était de couleur jaunâtre, de consistance un peu gélatineuse, quoique assez ferme. Grâce aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium, cette néoformation a complètement disparu au bout d'un mois, en laissant à la place qu'elle avait occupée, une pigmentation foncée. S. Broïdo.

Ve CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Séance du 2 janvier 1894.

Cinq cas de sarcome cutané pigmentaire idiopathique.

M. le professeur Stoukowenkoff communique 5 cas de sarcome mélanique primitif de la peau ; dans tous ces cas la modification de la coloration des téguments était précédée, pendant une période plus ou moins longue, d'œdème du pied ou de la main correspondant ; cette infiltration était suivie de changement de coloration des téguments qui devenaient d'un bleu violacé ; c'est au niveau de ces parties infiltrées et bleuâtres que se formaient les nodosités sarcomateuses.

D'après M. Stoukowenkoff, les infiltrations sont loin d'être si fermes et si durables que le prétend Kaposi ; par la pression et la friction il a pu les faire disparaître.

Affections chroniques de la peau et leur traitement.

M. Abramitscheff communique plusieurs cas d'eczéma chronique réflexe (par suite de rein mobile, de vers intestinaux, émotion morale), guéris par le traitement de la maladie causale. A ce sujet, il rappelle l'opinion du professeur Polotebnoff qui divise les eczémas en eczémas de cause : 1) locale, 2) réflexe, 3) centrale, et 4) infectieuse ; l'importance de cette classification pour le traitement rationnel est tout évident.

Eczéma chronique, manifestation d'hystérie.

M. Nikolski a observé 12 cas d'eczéma des extrémités coïncidant avec des troubles de sensibilité. L'éruption était symétrique et se faisait non pas sur le trajet d'un nerf, mais par régions et siégait principalement sur la face dorsale des extrémités. Ces malades n'avaient aucune affection viscérale, mais présentaient tous de l'anesthésie, surtout à la douleur. Cette

anesthésie était tantôt durable, tantôt passagère, et alors sa disparition coïncidait avec celle de l'eczéma. Le rapporteur considère ces malades comme hystériques, étant donné leur irritabilité nerveuse et les caractères et la distribution de l'anesthésie ; l'éruption eczémateuse est pour lui une des manifestations de la névrose. S. Broïdo.

Un cas de pemphigus foliacé de Cazenave.

M. Nicolski. — L'affection a débuté, il y a 2 ans, après un refroidissement et un ébranlement nerveux, par du prurit, de la fièvre et une éruption sur le dos qui s'est bientôt généralisée à tout le corps, sauf à la paume des mains et la plante des pieds. Cette éruption a persisté pendant dix-huit mois, puis, après une fièvre typhoïde, a disparu en ne persistant qu'aux jambes ; au bout de quelques mois, elle s'est de nouveau généralisée, mais en respectant toujours la plante des pieds et la paume des mains. A l'examen on constatait que l'éruption était formée de petites bulles de 1,5 millim., 2 millim. de diamètre, rosées, à surface flétrie, à fond uni et rosé et à contenu aqueux. Elles sont tantôt isolées, tantôt réunies en groupes. Après application à l'épaule droite de compresses de nitrate d'argent, les vésicules devenaient moins nombreuses, la couche cornée s'indurait ; mais bientôt les démangeaisons recommençaient, l'éruption devenait plus abondante et la couche cornée se ramollissait. A la paume gauche on a pu, après un traumatisme, enlever la couche cornée détachée sous forme d'un cercle de 2 centim. de diamètre. Il y avait donc sur tout le corps un altération des rapports ordinaires de la couche de Malpighi et de la couche cornée ; cette altération était indépendante de l'accumulation de liquide dans les bulles ; bien au contraire, pour l'auteur, elle est même la lésion la première en date, et il l'attribue à un trouble de nutrition des cellules épithéliales. Il considère la commotion nerveuse ressentie par la patiente au début de sa maladie, comme cause de ce trouble nutritif qui a amené l'affaiblissement d'union entre l'épiderme et la couche de Malpighi. S. Broïdo.

Traitement du rhinosclérome.

M. Stoukowenkoff a traité avec succès un rhinosclérome par injections de la liqueur de Fowler. Le malade avait d'abord une tumeur de la narine droite ; puis, après l'excision de ce néoplasme, un autre s'est développé il y a trois ans, dans la narine gauche. La solution arsenicale était d'abord à 1 p. 100, puis à 4 p. 100, 8 p. 100 et enfin après douze injections à 12 p. 100. Déjà après la huitième séance, les nodosités ont commencé à diminuer ; après six semaines elles ont complètement disparu. La guérison complète a été obtenue au bout de quinze mois, après 222 injections ; six mois après l'état était toujours satisfaisant. S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES DE MOSCOU

Séance du 28 novembre 1893.

Fréquence du bubon dans le chancre mou.

M. Tschernogouboff base ses chiffres sur la statistique de la Commis-

sion sanitaire de surveillance de la prostitution et sur celle de l'hôpital Miasnitski, de Moscou ; en outre, un petit nombre a été observé par l'auteur, et M. Krasnoglasoff, dans leur maison de santé. Sur les 3,564 malades ayant le chancre mou, 1,976 appartenaient à la classe ouvrière et se trouvaient dans de très mauvaises conditions hygiéniques; sur ce chiffre, il y avait 646 compliqués de bubon (32,7 p. 100), 575 malades étaient soignés à la consultation; parmi eux, 98 (17 p. 100) avaient des bubons; enfin, sur les 1,013 prostituées, il y avait 57 (5,6 p. 100) avec bubon.

L'auteur conclue que : 1) le pourcentage est en raison directe du travail physique auquel est soumis le porteur du chancre, et en raison inverse de la nutrition; 2) que chez les prostituées, traitées dès le premier jour, le pourcentage de cette complication est de 5,6. S. Broïdo.

Statistique de la syphilis parmi les prostituées des maisons de tolérance de Moscou.

La surveillance des prostituées de Moscou, au point de vue des affections vénériennes, est, depuis 1889, sous la direction du médecin en chef de l'hôpital Miasnitski, M. le professeur Pospeloff. Tous les renseignements fournis par l'examen qui se fait dans un service ambulatoire spécial, sont inscrits par les médecins du service sur « des cartes sanitaires » spéciales dressées dans ce but par M. Pospeloff qui dirige le bureau sanitaire institué dans ce but à l'hôpital Miasnitski.

M. Fiveisky a dressé quelques tables sur le chiffre des prostituées syphilitiques des maisons de tolérance de Moscou (en se basant sur les données fournies par les cartes sanitaires) et en fait le sujet de cette communication.

Mais avant de l'aborder, il tient à faire remarquer que :

1) Les cartes sanitaires sont d'une précision absolue, car, dès qu'une prostituée est reconnue syphilitique et envoyée à l'hôpital, sa carte sanitaire l'y suit, et à l'hôpital on inscrit sur cette carte l'observation pendant tout le séjour de la malade; à sa sortie, son diagnostic est également inscrit par le médecin traitant. Les renseignements sont donc complets.

2) Chez un grand nombre de prostituées atteintes de syphilis avant leur enregistrement, on a pu avoir les renseignements sur la marche antérieure de la maladie, grâce à ce qu'elles venaient se soigner alors précisément dans le même hôpital Miasnitski qui devient ainsi le centre où sont examinées et traitées la plupart des prostituées de Moscou.

3) Les renseignements sur les prostituées qui étaient déjà traitées avant d'arriver à Moscou, sont fournies par les malades mêmes, et parmi celles qui, n'en portant aucun stigmate au moment de l'examen, nient la syphilis il est possible qu'il y en ait de syphilitiques.

M. Fiveiski divise le nombre des malades à la période condylomateuse en deux groupes : 1° celles dont les manifestations condylomateuses sont récentes, et, par conséquent, plus virulentes, *c'est le groupe de période condylomateuse récente*, et 2° malades qui ont eu ces manifestations, il y a déjà plusieurs années : au moins, il y a trois ans, c'est la *période condylomateuse ancienne*.

L'auteur a remarqué que le pourcentage des prostituées à la période condylomateuse récente est plus élevé dans les maisons à prix élevé, tandis que les prostituées ayant des manifestations tertiaires, se trouvent surtout dans les maisons moins chères ; aussi M. Fiveiski, en considérant le nombre de prostituées syphilitiques par maisons de tolérance, a-t-il déversé ces dernières en V groupes, suivant le prix.

Voici les chiffres donnés par M. Fiveiski :

Le 1er mars 1892, il y avait dans toutes les maisons de tolérance de Moscou 827 filles publiques, de ce nombre, 111 étaient à cette date en traitement à l'hôpital. Sur ces 827, il y avait :

non atteintes de syphilis	379	ce qui fait	45,8 0/0	
à la période condylomateuse récente	316	—	38,2 0/0	54,2 0/0
à la période condylomateuse ancienne	105	—	12,7 0/0	
à la période tertiaire	29	—	3,3 0/0	

En 1890, le pourcentage des syphilitiques n'était que de 50,4 p. 100 ; cette augmentation serait due, pour l'auteur, à ce que les maisons prennent maintenant leur personnel de préférence parmi les femmes qui faisaient déjà la prostitution dans d'autres villes, car, grâce aux nouveaux règlements, les femmes peuvent maintenant plus facilement quitter la maison qu'autrefois.

Sur les 111 prostituées qui étaient à ce moment à l'hôpital il y avait des

non-syphilitiques	29	c'est-à-dire	7,6 0/0
des syphilit. à la période condylom. récente	75	—	23,7 0/0
des syphilit. à la période condylom. ancienne	5	—	4,8 0/0
des syphilit. à la période tertiaire	2	—	7,4 0/0

Par conséquent le plus grand nombre de prostituées soignées à l'hôpital est fourni par les malades à la période condylomateuse récente ; l'élément le plus dangereux se trouve ainsi éliminé de suite.

La distribution des prostituées syphilitiques par maison de tolérance est la suivante :

			Nombre des prostituées					Pourcentage			
Groupe de maisons	Prix des clients	Nombre de maisons	Non syphilitiques	Période condylom. récente	Période condylom. ancienne	Période tertiaire	Total	Non syphilitiques	Période condylom. récente	Période condylom. ancienne	Période tertiaire
I.	5 roubles (20 fr.)	3	27	36	9	—	72	37.5	50.0	12.5	—
II.	2-3 roubles.	10	63	64	7	—	134	47.0	47.8	5.2	—
III.	1 rouble.	16	84	58	17	3	162	51.9	35.8	10.5	1.8
IV.	0.50 (2 fr.)	48	167	129	57	21	374	44.8	34.4	15.2	5.6
V.	0.30	16	38	29	15	3	85	44.7	34.1	17.7	3.5

Il en résulte que, dans les deux premiers groupes, presque la moitié du personnel a des manifestations de la période condylomateuse récente ; tandis que ces malades ne forment que le tiers des prostituées des trois autres groupes. Dans les deux premiers groupes, il n'y a pas de malades à la période tertiaire, qui appartiennent surtout aux maisons des IVe et Ve groupes.

M. Fiveiski a aussi cherché à déterminer le moment exact de l'infection syphilitique. Pour une période de cinq ans, il a pu recueillir 140 cas où le début était très net et où l'on pouvait déterminer exactement la période entre l'entrée de la femme dans la maison de tolérance et son infection syphilitique. Sur ce chiffre, il n'y avait que deux chancres de la lèvre inférieure, les 138 autres étaient des chancres des organes génitaux. Sur ces 140 cas, 8 ont pris la syphilis avant d'entrer dans une maison de tolérance, 7 avaient le chancre au moment même de leur inscription dans la maison; mais il est fort probable qu'un bon nombre de chancres sont passés sans être aperçus par les prostituées, avant leur entrée, 81 sont devenues syphilitiques pendant leur première année de prostitution réglementaire, 25 à la seconde, 8 à la troisième, 8 à la quatrième, 2 à la cinquième et une à la septième année.

Plusieurs remarques ont été faites au sujet de cette communication et M. Pospeloff a dit que la surveillance ne doit pas se borner à l'examen des prostituées, mais qu'il faut aussi avoir grand soin de l'état sanitaire (par rapport à la syphilis) des fabriques, usines, etc., et *abandonner l'idée que la prostitution est la seule source de la dissémination de la syphilis.*

S. Broïdo.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné varioliforme. — J.-A. Fordyce. A contribution to the Pathology of acne varioliformis Hebræ. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1894, p. 152.)

D'après les examens histologiques pratiqués dans deux cas d'acné varioliforme typique du front et du cuir chevelu, l'auteur conclut que les éléments éruptifs sont superficiellement situés dans le derme : pour la plupart ils présentent un poil à leur centre. Les premières modifications consistent en une infiltration de cellules rondes autour des follicules pileux, d'ordinaire au-dessus des glandes sébacées qui peuvent être indemnes ou intéressées par le processus inflammatoire; quant aux glandes sudoripares, elles sont normales et au delà de la zone d'infiltration. Peu à peu le processus s'étend, gagne les couches papillaires et sous-papillaires, puis progressivement toutes les couches du follicule sont envahies et détruites. La partie supérieure du follicule pileux peut être détruite par l'intensité de l'inflammation, tandis que la partie inférieure et les glandes sébacées semblent être presque normales.

Sur des coupes d'éléments jeunes, on voit une quantité considérable de staphylococci contenus dans les lymphatiques et libres dans les tissus. Ils sont surtout abondants dans les régions moyennes et profondes des follicules, dans leurs parois, dans les glandes sébacées et dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Dans les couches papillaires du derme et dans les parties qui ont été atteintes les premières, ils sont beaucoup moins nombreux. Dans un cas où les lésions étaient plus anciennes, l'auteur n'a pu trouver de parasites.

L. B.

Chéloïde acnéique. — V. Mibelli. Sul cheloide acneico. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, décembre 1893, p. 469.)

La chéloïde acnéique a une évolution complète, est une chéloïde typique, constituée par un tissu fibreux dense, sans fibres élastiques. Comme toutes les chéloïdes, elle occupe exclusivement le derme réticulé et se forme par prolifération cellulaire autour des vaisseaux. Comme toutes les chéloïdes secondaires, la néoformation fibreuse est recouverte par les couches papillaire et sous-papillaire altérées, contrairement à ce qui a lieu pour les chéloïdes primitives, dans lesquelles les couches superficielles du derme sont normales. La chéloïde acnéique succède à des efflorescences acnéiques qui se sont reproduites pendant de longues années sur un même point, et de préférence à la région postérieure du cou, au voisinage du cuir chevelu.

Elle débute et se développe pendant la lente évolution des efflorescences acnéiques, sans que celles-ci subissent un processus cicatriciel. Le nodule ou les nodules acnéiques qui servent d'origine à la chéloïde présentent les caractères de l'acné indurée; il s'agit d'une acné vulgaire disséminée, et non d'une variété distincte méritant d'être rangée dans le groupe des acnés pilaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion initiale est véritablement une acné, et, comme telle, elle est l'expression d'un processus phlogistique localisé dans l'appareil sébacéo-pilaire, sans se localiser dans les glandes cutanées, et sans y débuter ou y prédominer.

L'absence de débris de glandes sébacées dans les points les plus atteints par l'inflammation n'est pas suffisante pour permettre de conclure que ces glandes ont été détruites dès le début du processus : quelques faits tendent au contraire à faire admettre au moins comme probable que de nombreuses glandes sébacées disparaissent comme par absorption. On peut d'autant moins admettre que les lésions débutent par les glandes sébacées, que leurs cellules se transforment en cellules géantes et que les altérations inflammatoires se développent à la fois autour des glandes et dans leur intérieur.

Le processus inflammatoire qui prélude au début de la chéloïde ne débute pas dans les vaisseaux profonds du derme, ni dans ceux des papilles, mais dans le réseau vasculaire sous-papillaire. Il ne détermine pas une exsudation abondante et, par suite, laisse l'épiderme intact ou l'altère d'une manière insignifiante ; il provoque seulement la formation de quelques petits foyers de suppuration limités à la cavité folliculaire de quelques poils et microscopiquement peu appréciables; il se résout lentement en détruisant la partie supérieure des follicules et en transformant la partie superficielle du derme en tissu scléreux. En même temps la néoplasie chéloïdienne se développe dans la portion réticulée du derme, des traînées cellulaires se forment autour des vaisseaux de la couche profonde, en partant de l'infiltration inflammatoire périfolliculaire.

On ne peut nier que la formation fibreuse chéloïdienne ait pour origine le processus inflammatoire acnéique ; cependant il est évident que, une fois produit, il puisse s'étendre aux autres points voisins épargnés par l'inflammation folliculaire, de sorte que l'accroissement de chaque tumeur chéloïdienne n'est pas lié nécessairement à la formation de nouveaux nodules acnéiques.

Le néoplasme chéloïdien, occupant le derme réticulaire, se développe sous forme de foyers ou de nodules qui, en s'accroissant, tendent à se fusionner les uns avec les autres, et la masse néoplasique tout entière s'accroissant par sa périphérie refoule les organes qui traversent l'épiderme, de sorte que beaucoup de poils se trouvent déplacés obliquement et sont disposés en couronne à la périphérie de la tumeur.

Si l'évolution de la chéloïde acnéique n'est pas très avancée, ou si elle n'est pas complète dans tous les points de sa masse, on distingue très nettement à l'examen histologique les lésions inflammatoires des lésions néoplasiques, et on ne cesse de les distinguer que dans les parties les plus inférieures des gros follicules les plus altérés, où le premier pro-

cessus aboutit insensiblement au second auquel il donne naissance. Dans ces points et de place en place, dans quelques groupes sébacéo-pilaires épargnés par le processus inflammatoire, les glandes sébacées comprimées par la néoformation conjonctive chéloïdienne s'atrophient et disparaissent ; la portion connective et la portion épithéliale du follicule sont également détruites par la prolifération cellulaire qui les envahit, de sorte que la racine dépourvue de sa gaine reste à nu au milieu d'un tissu de nouvelle formation, qui ne tarde pas à devenir fibreux.

Dans le cours de cette lente altération, la formation de nombreuses cellules géantes résulte de la prolifération cellulaire. La présence de ces cellules prouve, selon toute probabilité, que la prolifération cellulaire, qui donne lieu au développement de la chéloïde, résulte de la présence d'un micro-organisme pathogène,auquel viennent s'ajouter secondairement les irritants phlogistiques habituels qui sont la cause des efflorescences acnéiques. Cette hypothèse, à l'appui de laquelle on ne saurait encore apporter aucune preuve directe, semble confirmée par la ressemblance de la chéloïde acnéique avec le granulome trichophytique de Maiocchi.

Comme l'acné qui donne lieu à la formation de la chéloïde n'est pas une forme spéciale d'acné, on ne peut trouver dans ses caractères la raison d'être du processus néoplasique qui en dépend occasionnellement ; aussi n'est-il pas exact de considérer la maladie comme une variété *sui generis* d'acné et de la dénommer acné chéloïdienne. Au contraire, puisque le fait essentiel est la formation d'une chéloïde secondaire aux efflorescences acnéiques, le nom qui lui convient est celui de chéloïde acnéique.

GEORGES THIBIERGE.

Dermatite herpétiforme et glycosurie. — JAMES MAC F. WINFIELD. Glucosuria as an additionnal symptom indicating the neurotic origin of dermatitis herpetiformis. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, novembre 1893, p. 447.)

CAS I. — Homme de 29 ans, fort et bien développé, de très bonne santé antérieure. A la suite de fatigues cérébrales prolongées, causées par ses efforts pour faire avorter une grève dans une fonderie où il était contremaître, il vit survenir quelques vésicules prurigineuses et douloureuses sur le cou et l'oreille droite. Elles se multiplièrent rapidement et envahirent les épaules, les bras, les parois thoraciques, les fesses et les cuisses. Au moment où l'auteur le vit, les régions ci-dessus mentionnées étaient couvertes d'une éruption multiforme à caractères chroniques subaigus et aigus, composée de papules, de vésicules et de pustules disséminées çà et là, parfois groupées de façon à constituer un placard éruptif. Au début, le malade s'était plaint d'une sensation intense de brûlure ; mais après deux jours d'éruption, le prurit survint et il augmenta sans cesse d'intensité. Les urines, fort abondantes, renfermaient du sucre en quantité variable, parfois jusqu'à 50 gr. par litre. On le soumit dès lors à un traitement approprié, au régime alimentaire antidiabétique, à l'arsenic à l'intérieur, et on l'engagea à supprimer toute cause d'irritabilité nerveuse ; au point de vue local, on se contenta de faire des pansements calmants. Au bout

d'un mois le malade était guéri ; quatorze mois plus tard il revint avec une nouvelle atteinte moins forte, également survenue à la suite d'une contrariété ; l'urine renfermait alors 10 gr. de sucre par litre ; la médication rationnelle fut reprise : tout disparut, et le malade, étant depuis lors resté dans le calme, est guéri depuis six ans.

Cas II. — Enfant âgé de 13 ans, ayant subi une frayeur intense à la suite de laquelle il avait été pris de polyurie, puis, quelque temps après, de plaques érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses sur le cou, les fesses, les régions internes des bras et des cuisses. Les urines renfermaient des traces de sucre. Le prurit était intense. Après deux ou trois rechutes, le malade guérit par un traitement approprié.

Cas III. — Femme de bonne santé, mère de trois enfants, fort nerveuse et hystérique. Avant le début de l'éruption, elle avait eu beaucoup de chagrins et une violente secousse nerveuse due à la mort de son plus jeune fils : elle présentait sur le cou, la poitrine et les cuisses les lésions typiques de la dermatite herpétiforme de Duhring. Il n'y avait pas de polyurie, mais l'urine contenait du sucre en petite quantité. Il n'y eut chez elle que le changement d'habitation et de climat qui put l'améliorer.

Cas IV. — Malade âgé de 40 ans, d'un tempérament nerveux, irritable, des plus inquiets. Il est atteint depuis un an d'une éruption vésiculeuse, papuleuse, papulo-vésiculeuse et érythémateuse sur la fesse droite, les cuisses, le cou et les épaules : elle était des plus prurigineuses par paroxysmes. Le début fut consécutif à des tourments et à des difficultés d'affaires. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures était augmentée, elle contenait du sucre en quantité variable. Lorsque le malade avait des instants de calme, l'éruption diminuait et les urines redevenaient meilleures, puis au moindre souci il se produisait des rechutes.

L'auteur insiste sur les relations qui existent entre le diabète observé dans ces quatre cas et l'affection cutanée. Ces deux phénomènes morbides doivent dépendre sans doute des lésions du système nerveux.

L. B.

Eczéma. — Hermann G. Klotz. The principles of antisepsis in the treatment of eczema. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, p. 99, mars 1894.)

Dans l'eczéma impétigineux, l'auteur désinfecte d'abord les surfaces malades en les savonnant, puis en les lavant avec une solution de sublimé au trois millième ou au cinq millième. Les malades recommencent ces lavages matin et soir avec des tampons d'ouate imbibés de la même solution, et, si c'est possible, ils font sur les parties malades des applications d'une demi-heure ou d'une heure avec le même mélange, puis ils sèchent et appliquent une pommade douce, d'ordinaire une pommade boriquée au dixième, après quoi ils recouvrent de linge ou d'ouate. Cette médication est continuée jusqu'à ce que toute suppuration ait cessé.

Chez les enfants, on remplace le sublimé par de l'eau boriquée à 2 ou 3 p. 100. Dans les cas d'eczéma très enflammé surtout aux jambes, il ajoute à l'eau boriquée un peu de sous-acétate de plomb et fait des enveloppements avec des compresses imbibées de ce mélange.

L'auteur a essayé aussi avec succès des solutions d'ichtyol à 1 ou 2 p. 1000 ; mais il est parfois irritant : l'acide salicylique, la résorcine, le thymol, le permanganate de potasse, le tannin, l'acétate d'alumine et même l'acide phénique employés de la même manière, peuvent rendre des services.

L. B.

Eczémas de l'enfance. — Marfan. Les eczémas des nourrissons ; leurs rapports avec les vices d'alimentation et les troubles digestifs. (*Semaine médicale*, n° 18, p. 138, 1894.)

Les eczémas qui atteignent les enfants qui n'ont pas dépassé le terme de la seconde année, offrent des caractères qui,dans une certaine mesure, les distinguent des eczémas des enfants plus âgés ou des adultes : leurs causes, leur aspect objectif, leur traitement ont quelque chose de spécial. Au point de vue purement objectif, M. Marfan distingue deux variétés principales d'eczéma des nourrissons. La première est l'eczéma séborrhéique ; il décrit la deuxième sous le nom d'eczéma à placards disséminés. Quant aux autres variétés, elles constituent des faits de superposition des deux précédentes ou des faits de passage de l'une à l'autre.

Les caractères de l'eczéma séborrhéique sont bien connus; les enfants qui en sont atteints sont généralement gros, gras, nourris au sein, suralimentés, mais n'ont que peu ou pas de troubles digestifs; cet eczéma naît dans le courant de la première année, souvent vers le troisième ou quatrième mois ; sa marche est chronique avec des rémissions et des paroxysmes ; il disparaît ordinairement au moment du sevrage, si celui-ci est bien dirigé, mais parfois il persiste au delà de la deuxième année avec les mêmes caractères ou plus ou moins modifié.

La deuxième variété d'eczéma des nourrissons, que M. Marfan appelle eczéma sec à placards disséminés, respecte le cuir chevelu, elle forme de petits placards rouges, secs, squameux, fissurés, pouvant siéger un peu partout, particulièrement sur les joues, sur le front, aux oreilles, au cou, au poignet. Elle s'observe surtout chez des enfants soumis à un allaitement artificiel défectueux, atteints de dyspepsie gastro-intestinale chronique, qui ont un gros ventre et qui sont parfois des cachectiques ou des rachitiques; elle doit être regardée comme le résultat d'une auto-intoxication d'origine intestinale agissant peut-être sur les ramifications nerveuses de la peau et des vaisseaux cutanés.

Que faut-il penser, dans l'eczéma des nourrissons, de l'influence de la dentition, de l'hérédité neuro-arthritique du parasitisme ? L'influence de la dentition n'est qu'aggravante mais pas essentielle ; on observe parfois une poussée plus vive d'eczéma au moment de l'éruption des dents. La lésion qui paraît bien réellement en rapport avec la dentition, est caractérisée par une rougeur très vive de la pommette et de la joue, pas toujours symétrique ; sur cette surface, on voit parfois de petites élevures. Le propre de cette lésion est sa fugacité. Quant au parasitisme, tout porte à croire qu'il est secondaire : sur la surface eczémateuse, certains micro-organismes qui vivent normalement sur la peau, dans les vêtements, dans l'atmos-

phère, trouvent un milieu favorable à leur pullulation, et à la dermatite eczémateuse se joint secondairement une dermatite infectieuse vulgaire, nullement spécifique, produite par le staphylococcus pyogenes aureus. Cette complication, l'impétigination, s'observe aussi bien dans l'eczéma séborrhéique que dans l'eczéma sec ; en même temps que la surface eczémateuse s'impétiginise, on peut voir se produire toute une série de lésions causées par le staphylocoque qui appartiennent à la famille de l'impétigo : pustule d'impétigo, kératite phlycténulaire, rhinite ulcéro-croûteuse, labialite fissuraire ou diphtéroïde, tourniole, furoncle, etc.

Si l'on évite de faire rentrer dans l'eczéma les dermatites artificielles polymorphes, l'impétigo, l'intertrigo, les éruptions miliaires sudorales, enfin l'ensemble des lésions variées qui se rattachent à l'érythème fessier des nourrissons, M. Marfan, pense, qu'étant donné un eczéma chez un nourrisson, il est assez facile de le classer dans l'une des deux variétés qu'il décrit. Cependant, dans un certain nombre de cas, on se trouve en présence de formes mixtes qui empruntent des caractères à la fois à l'eczéma séborrhéique et à l'eczéma sec. Ce sont là des exemples d'association de deux types morbides distincts, soit des exemples de ces faits de passage sur lesquels M. Brocq a récemment appelé l'attention.

L. PERRIN.

Électricité dans les dermatoses. — S. H. MONELL. Static electricity in cutaneous affections. (*Medical Record*, 18 novembre 1893.)

L'auteur a employé l'électricité statique dans plusieurs dermatoses rebelles avec le plus grand succès. Il cite le cas d'un jeune homme atteint de furonculose depuis six mois, qui avait épuisé toutes les médications, et qui vit son affection disparaître dès qu'il fut soumis à l'électricité statique ; un cas de zona douloureux fut immédiatement soulagé par le même procédé. Un des succès les plus frappants fut obtenu chez un homme de 62 ans atteint d'une hyperesthésie cutanée du tronc depuis une trentaine d'années : l'excitabilité de la peau était devenue intolérable depuis huit ou dix ans. Quinze jours suffirent pour l'améliorer ; au bout d'un mois et demi, il put cesser l'électricité sans inconvénients. L'auteur annonce des résultats si merveilleux obtenus avec sa méthode dans le traitement des eczémas que l'on reste malgré soi un peu dans le doute. D'après lui, dès l'application de ce procédé les eczémas humides se sèchent, les eczémas chroniques squameux, indurés, épaissis, disparaissent. Il en est de même pour les dermatoses prurigineuses.

L. B.

Éruption médicamenteuse. — MENDEL. Un cas d'angine copahivique. (*Bullet. méd.*, p. 279, 1894.)

Ce cas a été observé dans le service de M. le professeur Fournier, sur un homme de 22 ans, ayant contracté une blennorrhagie en novembre 1892. L'administration du copahu et du cubèbe sous forme d'opiat commença le 4 janvier et fut suspendue le 11 janvier. Ce jour-là, le malade était entièrement recouvert de l'éruption copahivique habituelle ; au moment de son apparition, il avait beaucoup souffert de la gorge, qui présentait une

vive congestion sur le voile du palais, les amygdales, les piliers antérieurs ; la luette était le siège d'un œdème qui avait presque doublé son volume. Ces diverses parties sont occupées par de petites élevures miliaires entièrement rouges, acuminées et fort multipliées ; elles sont dues à l'hypertrophie considérable des glandules de ces régions. Cinq jours après, la gorge a perdu sa coloration, les petites saillies glandulaires ont disparu, la luette est encore tuméfiée mais beaucoup moins que précédemment. Le malade avait le rhino-pharynx encombré de tumeurs adénoïdes qui ont déterminé probablement la localisation de l'éruption copahivique sur la gorge.

L. Perrin.

Érysipèle. — Juhel-Rénoy et Bolognesi. De l'érysipèle de la face à type pétéchial et couperosique. (*Arch. gyn. de médecine*, Paris, janvier 1894, p. 31.)

Les auteurs de ce travail décrivent, sous ce nom, une forme grave de l'érysipèle de la face, dans laquelle se montrent des hémorrhagies cutanées, tantôt déposées en fines gouttelettes (pétéchies) sur la face, pommettes, paupières, sourcils ; tantôt disposées en fin lacis vasculaire, visible à l'œil nu, sur le nez et les pommettes, et rappelant l'aspect bien connu du papillon couperosique.

MM. Gosselin et Verneuil ont décrit, l'un l'érysipèle ecchymotique, l'autre l'érysipèle hémorrhagique dans l'érysipèle chirurgical ; MM. Juhel-Rénoy et Bolognesi repoussent ces dénominations, attendu qu'il n'y a, à proprement parler, ni hémorrhagie véritable par les diverses voies, comme dans les maladies infectieuses hémorrhagiques, ni ecchymoses proprement dites. Ce qui fait l'individualité et l'importance de cette forme d'érysipèle, c'est son étiologie spéciale et la gravité de son pronostic, c'est la certitude des altérations vasculaires ou cardiaques, rencontrées chez tous les individus atteints d'érysipèle pétéchial ou couperosique.

Les dix observations rapportées dans ce mémoire ont pour but d'établir que les myocarditiques chroniques, les hépatiques, les rénaux, les sclérosés, les artériels, les athéromateux, et du même coup les séniles, les alcooliques, les intoxiqués, les cachectiques, les cancéreux, sont le milieu de culture où l'on trouvera cette entité.

Cette forme d'érysipèle est plus grave que l'érysipèle ordinaire : la mort survient dans 1/10 environ des cas ; sa durée est plus longue et la convalescence plus difficile. La raison de cette gravité spéciale relève non de la virulence plus grande du germe pathogène, mais du terrain défectueux offert par l'hépatique, le rénal, le cardiaque, le taré, en un mot. Parmi les grands appareils, il faut incriminer surtout les deux grands émonctoires : les reins et le foie qui jouent le rôle prépondérant dans le pronostic de la maladie.

Le traitement doit s'adresser surtout à l'état général : balnéation froide méthodique, lait et alcool, spartéine, caféine, etc., pour le cœur.

L. Perrin.

Favus. — Gouladzé. Traitement du favus. (*Recueil médic. de l'hôpital militaire de Varsovie*, 1893, c. III.)

L'auteur a employé avec succès le traitement suivant :

Après avoir rasé les cheveux, on nettoyait les croûtes pendant cinq à six jours avec du savon noir; ensuite on appliquait sur les croûtes, trois fois par jour, de la toile enduite d'un mélange de thymol (1 partie), de chloroforme (8 parties) et d'huile d'olives (36 parties); quand les croûtes commençaient à tomber, on faisait l'épilation partielle et des frictions des endroits malades avec la même pommade. Quoique d'abord le favus ait réapparu là où il avait déjà disparu, le même traitement avait été continué pendant trois à quatre semaines, c'est-à-dire après la disparition complète. Ensuite on faisait des badigeonnages des parties atteintes avec un mélange d'iode (2 parties) et de glycérine (1 partie) ; les applications se faisaient tous les deux jours, pendant une semaine. Tandis que d'habitude la récidive survient après six à huit semaines, avec le traitement ci-dessus exposé l'auteur n'en a pas observé trois mois après la guérison.

S. Broïdo.

Favus. — Max Biro. Untersuchungen über den Favuspilz. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 945.)

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Le champignon du favus présente des caractères différents suivant les terrains de culture.

Les cultures préparées avec des croûtes obtenues expérimentalement diffèrent un peu des cultures employées pour obtenir des croûtes.

Les cultures de favus qui paraissent différentes perdent dans une certaine mesure leurs caractères différentiels après une surinoculation prolongée sur le même terrain de culture.

Il en résulte qu'il y a un certain rapport entre l'aspect de la culture de favus et le terrain de culture sur lequel on a cultivé le champignon et que le champignon s'accommode au terrain de culture.

Puisque le champignon s'adapte au terrain et que, à la suite d'une surinoculation prolongée sur un seul et même terrain, des cultures en apparence différentes et préparées par divers auteurs, leurs signes différentiels disparaissent dans une certaine mesure, on peut se demander si les auteurs n'ont pas observé un seul et même champignon.

Il n'y a aucun motif d'admettre plusieurs champignons du favus.

A. Doyon.

Furonculose. — Van Horn. Traitement de la furonculose. (*Wratsch*, t. XV, 1894, 7, p. 213.)

L'auteur fait laver tout le corps du malade avec du savon de potasse et de l'eau tiède, puis il aseptise les furoncles et les parties environnantes avec une solution de sublimé à 1/1000 et les recouvre d'un emplâtre au mercure et au phénol qu'on change tous les jours. Si les furoncles s'ou-

vrent, on les exprime et on les lave avec du sublimé. Les résultats de ce traitement sont excellents. S'il n'y avait pas de fluctuation, la résorption se faisait très vite ; dans les cas contraires, la résorption était rare, mais l'affection ne s'étendait pas, le furoncle s'ouvrait et se cicatrisait rapidement. Pendant le traitement, on n'observe jamais de nouvelles poussées. Un collègue de l'auteur, qui avait plus de 150 furoncles, est enthousiasmé de ce mode de traitement. S. Broïdo.

Hydroa vacciniforme — John P. Bowen. Hydroa vacciniforme (Bazin) ; Hutchinson's summer eruption ; with histological examination. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1894, p. 89.)

Enfant âgé de 10 ans, atteint pour la première fois de sa dermatose à l'âge de 5 ans, pendant l'été, alors qu'il restait au grand air. Depuis lors l'affection a récidivé plusieurs fois, mais surtout pendant les mois d'été, et toujours après que le sujet a été exposé aux rayons de soleil. En hiver il en a aussi quelques légères atteintes, et en somme il n'a jamais été complètement indemne plus de deux mois de suite. Jusqu'à l'année dernière les lésions ont été limitées à la face : à cette époque les mains ont été envahies, mais avec peu d'intensité. Parfois, mais pas toujours, la poussée est précédée de nausées, vomissements, malaises ; il y a toujours beaucoup de prurit. Dans ces derniers temps les poussées semblent avoir été moins violentes et moins nombreuses.

L'enfant, qui est d'aspect délicat, pâle et anémique, a la figure couverte de cicatrices nombreuses semblables à celles de la variole : les plus profondes se trouvent sur le nez et les pommettes : le nez en paraît aminci. Le front est moins atteint ; les cicatrices diminuent peu à peu à mesure que l'on approche de la racine des cheveux ; les oreilles en sont couvertes, surtout vers l'hélix.

Les lésions en activité sont constituées par de petites papules rouges, qui deviennent vésiculeuses à leur sommet, puis vésiculo-pustuleuses. Elles peuvent rester à cet état et la plupart évoluent ainsi ; mais d'autres continuent à progresser et à grandir, de telle sorte qu'elles deviennent des élevures vésiculo-pustuleuses arrondies avec une dépression ombiliquée à leur centre, tout autour de laquelle se voit une couronne de liquide plus ou moins clair ou louche entouré lui-même d'un halo érythémateux ; le centre déprimé a une teinte d'un bleu sombre presque noirâtre, et sur ce fond se voient parfois des points distincts d'une teinte plus foncée. Ces éléments peuvent être confluents comme cela se voit nettement aux oreilles.

A mesure que la lésion évolue, le centre se recouvre d'une croûte épaisse, noirâtre, très adhérente, qui après sa chute laisse une dépression cicatricielle, arrondie, d'abord d'un rouge sombre. Des lésions nouvelles peuvent se former sur des cicatrices anciennes. Il n'y a pas de pigmentation.

Sur la face dorsale de chaque main se voient de douze à quinze dépressions, avec une ou deux petites lésions vésiculeuses. On n'en trouve pas une seule plus haut que le poignet. Tout le reste du corps est indemne.

Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont très tuméfiés ; il en est de même des inguinaux : les autres sont normaux. Les muqueuses sont saines.

L'auteur croit que c'est cette maladie que Bazin a décrite en 1855 sous le nom d'hydroa vacciniforme. Hutchinson lui a donné le nom d'éruption d'été (Summer eruption) en 1888. En 1889, Handford en a publié un cas et a prouvé que les cas d'Hutchinson et le sien propre devaient être rapportés à l'hydroa vacciniforme de Bazin. Depuis lors Jamieson, Berliner, Buri, Broes van Dort, Brooke et Boeck en ont relaté des exemples et Radcliffe Crocker en a donné une bonne description dans la dernière édition de son ouvrage sur les maladies de la peau.

Cette affection débute d'ordinaire dans les premières années de la vie ; elle est beaucoup plus fréquente chez les hommes. Elle est provoquée par l'exposition au soleil et affecte par suite exclusivement les régions découvertes, en particulier la face dorsale du nez, les joues, les oreilles, la face dorsale des mains. Dans quelques cas les jambes sont atteintes lorsque les sujets vont les jambes nues ; cependant le malade dont l'auteur publie l'observation n'a jamais eu d'éruption en ces régions. Deux autres particularités qu'offre ce cas sont d'abord la fréquence peu habituelle des poussées pendant l'hiver, et l'intensité du prurit, alors que d'ordinaire l'éruption est peu prurigineuse.

Au début il peut y avoir quelques troubles généraux légers, puis il se forme des vésicules ou de petites élevures rouges qui deviennent rapidement des vésicules et des bulles, et sont souvent confluentes. Plusieurs s'ombiliquent au centre et prennent l'aspect d'un bouton de vaccine. Tout autour de cette ombilication se voit souvent un anneau composé par un soulèvement de l'épiderme par de la sérosité, puis une aréole rouge périphérique. Le centre a une teinte d'un bleu sombre ou noirâtre dû, semble-t-il, à un chorion mortifié ou hémorrhagique que l'on verrait à travers la vésicule. Les lésions peuvent devenir purulentes. Le centre nécrotique se convertit en une croûte noirâtre épaisse qui ne se détache qu'avec beaucoup de difficulté, en laissant une cicatrice profonde indélébile, exactement semblable à celle de la variole. Les poussées durent d'ordinaire plusieurs semaines. Il semble qu'elles deviennent moins intenses vers la puberté, puis qu'elles cessent dans l'âge adulte.

L'auteur a pu pratiquer l'examen histologique de deux lésions recueillies chez son malade. Il a trouvé que le point de beaucoup le plus important était la nécrose de la partie centrale du nodule. Les régions les plus superficielles de la couche cornée paraissent intactes. Les couches inférieures du stratum cornéum, de même que le reste de l'épiderme, sont nécrosées et ne se colorent plus. Les couches moyennes et profondes du reste sont transformées en une sorte de tissu réticulé, formant un lacis rempli de détritus granuleux et, çà et là, de leucocytes. Tout le chorion jusqu'à une petite distance du tissu cellulaire sous-cutané est également nécrosé : on n'y trouve que quelques vestiges de sa structure normale, des granulations, des vaisseaux sanguins dilatés, mortifiés, remplis de globules sanguins, entourés de foyers hémorrhagiques, sur quelques coupes on peut voir un follicule pileux qui a participé au même processus gan-

gréneux. Tout autour de la partie mortifiée les lésions sont peu considérables : l'épiderme est légèrement épaissi, le chorion est rempli de petites cellules. Il est impossible de déceler de microbes dans les tissus.

L'auteur fait remarquer que ce processus a quelques analogies avec l'acné nécrotique de Boeck. Il y a eu plusieurs cas publiés sous le nom d'acné nécrotique qui ressemblent étrangement à l'hydroa vacciniforme.

Dans l'hydroa vacciniforme l'examen des lésions récentes montre que le processus initial est franchement inflammatoire, vésiculeux, nullement nécrotique d'emblée comme dans la variole. Quand les éléments évoluent suffisamment pour devenir nécrotiques, la nécrose est secondaire à l'inflammation.

Comme traitement l'auteur propose l'emploi des pâtes et des pommades protectrices, et celui de voiles rouges ou safran susceptibles de neutraliser l'action des rayons chimiques du soleil. L. B.

Impetigo contagiosa bullosa. — George E. Elliot. An unusual and exaggerated case of impetigo contagiosa bullosa. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1894, p. 194.)

Le malade était un enfant de 8 ans qui avait été vacciné huit ou dix jours avant le début de l'éruption : son état général était assez mauvais. Lorsqu'on le vit trois semaines environ après le début de la dermatose les inoculations vaccinales n'étaient pas encore cicatrisées : elles étaient fongueuses et baignées d'un liquide séro-purulent. Sur tout le corps se voyait une éruption paraissant être bulleuse au premier abord.

Au cuir chevelu existaient des croûtes peu nombreuses, de grandeurs diverses, d'un jaune clair ou brunâtres, peu adhérentes à une base rougie, humide. Au visage on trouvait des croûtes analogues, et des bulles qui étaient isolées et distendues avec un contenu transparent et sans zone inflammatoire périphérique : on les observait surtout autour de la bouche; mais aussi sur le front, les joues, les pavillons des oreilles. Toute la partie antérieure du cou était occupée par l'éruption ; l'épiderme y était décollé, desquamé; la surface en était sèche par places, par places suintante; les bords des régions atteintes étaient polycycliques et serpigineux évidemment par confluence de lésions primitivement discrètes : on y voyait des croûtes, des bulles de la grosseur d'un pois, des soulèvements épidermiques flasques. A la partie postérieure du cou il y avait une plaque analogue, mais plus petite.

Sur le tronc les lésions étaient surtout situées sur l'omoplate droite, vers la chute des reins, et elles y étaient constituées par des plaques humides de la grandeur d'un dollar, entourées d'un soulèvement bulleux large d'un quart de pouce; ou bien tout autour on voyait des bulles séparées de la grosseur d'un pois et des croûtes. D'autres éléments étaient constitués par une croûte centrale entourée d'un anneau bulleux.

Des lésions analogues, soit discrètes, soit confluentes et formant dès lors de larges plaques irrégulières d'aspect se rencontraient sur les fesses qui étaient fort prises, sur la partie postérieure des bras, sur les jambes, sur les mains et sur les pieds.

Le malade fut en observation à l'hôpital du 11 février jusqu'au milieu d'avril, époque à laquelle il sortit guéri. Les seuls phénomènes douloureux qu'il présenta furent un léger prurit et quelque gêne lorsqu'il remuait les membres alors que l'éruption était à son acmé; mais il dormit toujours bien et ne présenta jamais de phénomènes généraux.

Pendant son séjour dans les salles, il eut de temps en temps de nouvelles poussées bulleuses çà et là sur le corps; les éléments étaient toujours discrets, remplis d'un liquide transparent. Par l'examen attentif de ces poussées, on put se convaincre que la lésion première était une bulle distendue dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles d'une aveline et qui se formaient sur la peau primitivement saine, sans aréole inflammatoire périphérique. Leur contenu, d'abord transparent, devenait après quelques heures un peu louche, quoique non purulent, et la bulle se desséchait pour former une croûte, ou bien elle se rompait et laissait après elle une surface humide, inégale, qui devenait rapidement squameuse ou croûteuse. A cette période, il se formait une large zone rouge, tout autour de la lésion, et sur cette zone rouge, on voyait apparaître soit un anneau bulleux continu, soit des bulles bien distinctes, séparées les unes des autres, et de la grosseur d'un pois. D'autre part, la lésion s'élargissait parfois par un soulèvement progressif de l'épiderme, par une petite quantité de liquide tout autour de la plaque première centrale.

Dès lors, les lésions se desséchaient et guérissaient parfois; parfois la zone bulleuse que nous venons de décrire était elle-même entourée d'une autre zone érythémateuse, puis bulleuse excentrique, et ainsi de suite. Des lésions voisines pouvaient se réunir et former de vastes plaques, par confluence. Il en résultait toutes sortes d'aspects variables sur lesquels l'auteur insiste.

On tonifia le malade par une bonne nourriture, du fer et de la quinine; on lui fit successivement des lotions au carbonate de magnésie et à l'oxyde de zinc, puis à l'ichtyol. Lorsque l'enfant était bien enveloppé de pansements et de bandages, l'affection guérissait aux régions protégées, mais partout où il pouvait se gratter, il se formait de nouveaux éléments. Aussi lui fit-on prendre un bain par jour, après quoi on l'enveloppait de pansements hermétiquement clos. Après la guérison des lésions, on n'observait ni pigmentation ni cicatrice, mais une complète restitutio ad integrum.

L'auteur discute ensuite la valeur de ce cas et essaie d'en préciser la nature. Il écarte l'idée de pemphigus vulgaire, celle de pemphigus aigu à cause de l'absence des phénomènes généraux, celle d'érythème polymorphe, à cause des localisations spéciales à cette affection, celle d'herpès iris à cause de sa non auto-inoculabilité, celle de varicelle bulleuse à cause de son évolution cyclique, celle d'urticaire bulleuse dans laquelle l'élément urticarien domine, tandis qu'il faisait défaut dans le cas actuel, celle de rash vaccinal, car son aspect était tout différent de celui des rash vaccinaux connus, enfin celle de dermatite herpétiforme de Duhring qui, dit-il, est plus polymorphe.

Il croit pouvoir conclure à l'existence d'un impétigo contagiosa bullosa, ou pemphigus contagiosus epidemicus, maladie qui s'observe surtout chez

les tout jeunes enfants, mais qui se voit parfois aussi chez les adultes, et que l'on a notée après la vaccination; il base ce diagnostic sur l'absence de toute localisation précise, sur la marche des lésions, l'absence de toute altération cutanée consécutive, sur le développement des bulles aux points découverts, traumatisés et inoculés, sur la conservation du bon etat général. L. B.

Hyperkératose. — TOMMASOLI. Sulla nuova ipercheratosi recentemente studiata da Mibelli e da Respighi (pseudo-lichen circinato porocheratosico). Esame critico. (*Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie*, janvier 1894, p. 37.)

Tommasoli étudie l'affection décrite par Mibelli et par Respighi (1) (voir *Annales de dermatologie*, 18 novembre, p. 113 et 128). Il lui trouve de grands traits de ressemblance avec les faits que Neumann a successivement considérés comme méritant le nom d'herpès chronique, de dermatite circonscrite herpétiforme et comme une variété de lichen de Wilson.

Pour Tommasoli, les descriptions et les figures histologiques de Mibelli et Respighi ne démontrent pas que les lésions aient pour siège primitif les conduits sudoripares; on constate, en effet, des hypertrophies papillaires qui permettent de ranger ces lésions dans les kératodermies avec la kératose pilaire et l'ichtyose. Il fait remarquer que les lésions se rapprochent de celles du lichen scléreux et atrophique et, pour rappeler l'importance des lésions secondaires des conduits sudoripares en même temps que la disposition des éléments, propose la dénomination de « pseudo-lichen circiné porokératosique ». GEORGES THIBIERGE.

Intoxication par la vanille. — WHITE. Poisoning by vanilla (a communication *to the clinical section of the Suffolk District medical Society*, 15 février 1893).

Il s'agit dans ce cas d'un homme qui vint à la consultation de l'hôpital avec une figure tuméfiée, des yeux en partie fermés, et portant sur un poignet et sur un avant-bras des lésions inflammatoires variées, des papules, de la rougeur et quelques vésicules; il était employé dans une maison de commission où il maniait de la vanille. Or l'on sait que l'intoxication par les gousses de la vanille n'est pas rare parmi les travailleurs qui cultivent cette plante : ils ont assez fréquemment une dermatite des mains et du visage. On a attribué ces éruptions à deux causes : 1° à un animal parasite des gousses; mais la production de l'inflammation cutanée est si rapide qu'il est plus que probable que le parasite ne joue aucun rôle dans son apparition; 2° à la matière colorante dont on se sert pour donner leur teinte brunâtre aux vanilles de qualité inférieure; les vanilles de première qualité atteignent cette coloration spontanément, et il semble que ceux qui ne manient que des gousses de qualité supérieure n'ont jamais d'éruption ;

(1) Une faute d'impression a défiguré dans notre analyse le nom de ce dernier auteur qui a été par erreur écrit *Rovighi* : nous profitons de cette occasion pour la corriger.

les vanilles de qualité inférieure sont, au contraire, colorées avec de l'huile d'anacarde (cashew nut) que l'on retire de l'enveloppe de la noix : on sait que cette substance est irritante et donne lieu à des éruptions. Le Dr Oppolyer, de Vienne, a cité des malades qui ne pouvaient supporter les crèmes parfumées à la vanille, ce qui semble indiquer que l'usage interne de cette substance peut également provoquer des troubles ; mais ce sont là des exemples d'une extrême rareté. L. B.

Lèpre. — Douglass W. Montgomery. An erythema of Lepra containing giant-cell like structures simulating somewhat the giant-cells found in tuberculosis. (*The medical News*, 14 avril 1894.)

Petit mémoire assez intéressant à consulter au point de vue histologique pur à cause de la particularité ci-dessus signalée ; mais je me hâte d'ajouter que le diagnostic de lèpre n'était que probable et qu'on n'a pas trouvé dans les coupes le bacille de Hansen.

L. B.

Leucodermie. — G. L. Magruder et C. W. Stiles. An extreme case of leucodermie in a negro, with a comparison of simular conditions in various animals. (*Medical Record*, 10 mars 1894, p. 294).

Il s'agit, dans ce cas, d'un nègre d'un noir foncé, qui a peu à peu perdu tout son pigment et est devenu d'un blanc uniforme sur tout le corps, sauf au niveau des deux pommettes qui présentent des taches brunes. Il est actuellement âgé de 60 ans, et est né de père et mère d'un beau noir ; dans sa famille, il n'y a aucun commémoratif de modification de la couleur de la peau ; il a eu deux enfants, une fille qui est morte en bas âge et qui avait la peau noire, et un fils qui a actuellement 30 ans, qui est aussi noir qu'une corneille et dont les enfants sont également noirs.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé : il a remarqué la première tache décolorée vers l'âge de 15 ans, au mamelon, puis la décoloration s'est peu à peu étendue sans douleurs et sans troubles de la sensibilité. Les auteurs font suivre cette observation de fort longues remarques sur l'albinisme et la leucodermie, sur leur nature et leur pathogénie.

L. B.

Lupus. — Mertens. Traitement du lupus vulgaire et du psoriasis par la thiosinnamine (allyl sulfo-carbomide). (*Wratsch*, 1894, nos 12, 13 et 14 ; p. 350, 382 et 410.)

Sur la proposition du professeur Trautfetter (de Varsovie), l'auteur a vérifié sur 12 malades (dont 10 cas de lupus et 2 de psoriasis) l'action de la thiosinnamine, si vantée par le professeur Hebra. Des observations qu'il donne, il résulte que ses résultats sont non seulement loin de ceux qu'a obtenus Hebra, mais même quelquefois absolument contraires. Ainsi, par exemple, après l'injection, la réaction locale, c'est-à-dire la rougeur et la tuméfaction de la région malade, au lieu d'être en proportion inverse à l'intensité du processus morbide, est en raison directe de cette intensité. Les sensations subjectives des malades consistent en vertiges et senti-

ments de chaleur dans tout le corps; assez souvent les injections sont douloureuses.

Prise par voie stomacale, la thiosinnamine n'amène aucun trouble digestif.

Quant à son action thérapeutique, elle agit avec une lenteur extrême dans le lupus; dans le psoriasis, les résultats étaient beaucoup plus rapides, mais, vu le nombre si restreint de malades traités, l'auteur ne trouve pas encore possible d'en tirer une conclusion. Les nodosités lupiques se développaient très rapidement, apparemment sous l'influence du traitement (?) et s'ulcéraient; les ulcérations étaient particulièrement rebelles à ce traitement. La quantité d'urine des vingt-quatre heures augmentait chez tous les malades soumis à cette médication.

L'auteur conclut donc que la thiosinnamine ne peut pas amener la guérison du lupus. S. Broïdo.

Lupus érythémateux. — H. Radcliffe Crocker. Lupus erythematosus as an imitator of various forms of dermatitis. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, janvier 1894, p. 1.)

Cas I. — *Lupus érythémateux simulant un érythème tuberculeux.* — Femme de 27 ans, atteinte depuis l'âge de 10 ans à la joue droite. Il n'y eut d'abord pendant deux ans qu'une seule plaque; puis il s'en produisit peu à peu d'autres, çà et là disséminées vers le nez, sur la face. Toutes les lésions ressemblaient à des éléments d'érythème tuberculeux; elles variaient comme dimensions de celles d'un grain de chènevis à celles d'un nodule d'un demi-pouce de diamètre; elles étaient parfaitement lisses, sauf une seule, située sur les parties latérales du nez, qui était squameuse; elles étaient d'un rouge pourpre uniforme, sauf une seule qui était blanchâtre au centre. La santé générale de la malade était bonne, mais sa grand'mère paternelle était morte de tuberculose.

Cas II. — *Lupus érythémateux simulant un érythème tuberculeux.* — Homme âgé de 51 ans, vu en décembre 1887, et qui, depuis le 5 novembre 1885, avait un lupus érythémateux qui avait peu à peu envahi les deux joues et les oreilles. Il était constitué par des papules d'un rouge brillant, de la grosseur d'un pois, aplaties; quelques-unes étaient disposées les unes à côté des autres, de manière à former des plaques circulaires à centre déprimé. Elles étaient fermes au toucher, et les tissus étaient épaissis à leur niveau.

Cinq mois plus tard, l'éruption s'était fort étendue et avait formé une vaste nappe avec des bords saillants et un centre en régression partielle. La coloration en était toujours d'un rouge sombre, et l'aspect celui d'un érythème. En juillet 1893, l'affection s'était encore étendue : elle avait toujours conservé son caractère érythémateux, à l'exception d'une plaque située vers le sourcil droit.

Cas III. — *Lupus érythémateux ressemblant à l'érythème papuleux.* — Homme âgé de 42 ans, dont le lupus érythémateux a commencé il y a environ un an par les parties latérales des joues, et de là s'est peu à peu étendu. Il occupe en ce moment toute la face au-dessous des sourcils, etc..., il n'y a que les orbites et la lèvre inférieure qui soient indemnes. L'aspect des

lésions était celui de disques érythémateux, légèrement surélevés, d'un demi-pouce à un quart de pouce de diamètre ; par places ils formaient par confluence de larges plaques érythémateuses. Le malade était bien portant, mais son père était mort de phtisie.

Cas IV. — Lupus érythémateux chez une femme de 43 ans, ayant débuté depuis trois ans, et ressemblant à un érythème diffus.

Cas VI. — *Lupus érythémateux simulant sur la poitrine le psoriasis guttata*. — Femme de 36 ans, ayant depuis quatre ans un lupus érythémateux du nez ; presque dès le début, la poitrine avait été envahie d'un grand nombre d'éléments qui peu à peu se multiplièrent encore : ils consistaient en plaques brillantes, rouges, aplaties, assez bien limitées, à peine squameuses. Parfois elles étaient le siège d'une fort légère démangeaison. Les deux côtés étaient atteints, mais le droit l'était plus que le gauche. Les mamelons étaient pour ainsi dire indemnes, et les aréoles très légèrement atteintes. Dans le dos, vers l'omoplate, se voyait une autre éruption formant une bande ayant comme largeur la distance qui sépare l'angle de l'omoplate du rebord des fausses côtes. Ces lésions survenaient au printemps et à l'automne, duraient un mois ou six semaines et puis disparaissaient. Des lésions analogues étaient disséminées çà et là sur la partie antérieure des jambes, vers les bords des pieds, surtout vers le bord externe, le milieu de la plante du pied et les orteils.

Cas VII. — *Lupus érythémateux ressemblant au lichen planus*. — Jeune homme de 20 ans, photographe, atteint de la maladie actuelle depuis quatre ans ; le début a eu lieu par le poignet droit et par la surface d'extension de la racine du pouce. Les premières lésions avaient l'aspect de deux nodules aplatis, d'un rouge pâle, très légèrement surélevés au-dessus du niveau des téguments voisins, du volume d'un demi-pois et un peu prurigineux. Elles augmentèrent peu à peu de nombre et de dimensions : il en parut surtout de nouvelles sur la face dorsale du poignet droit, sur les deux index et sur la face dorsale de la main gauche, etc... ; puis la face, les régions mastoïdiennes, l'oreille droite, etc... furent envahies.

Les plaques étaient évidemment formées de l'agrégation de papules d'un rouge violacé, exactement semblables à celles du lichen planus, mais couvertes de très fines squames. Ces plaques avaient subi un processus atrophique au centre, lequel était déprimé, de telle sorte que les petits éléments formaient des cercles à centre affaissé, les éléments plus considérables des circinations irrégulières, avec une étroite aréole rouge périphérique.

Bien que le malade ne fût pas très robuste, rien en lui ne faisait soupçonner la tuberculose et il n'avait aucun antécédent héréditaire de phtisie.

L'auteur cite un deuxième cas qui lui a été montré par Le Dr Colcott Fox et dans lequel le lupus érythémateux simulait également le lichen ruber.

Il termine sa remarquable communication en relatant des cas de lupus érythémateux nodulaires ressemblant tout à fait au lupus vulgaire, et des faits de lupus érythémateux télangiectasique simulant les télangiectasies faciales et les nævi vasculaires.

Cette communication a été suivie à l'Association dermatologique américaine d'une intéressante discussion.

L. B.

Lymphangiectasies. — G. T. Elliot. A case of varicose lymphangiectasia, lymphatic capillary varices. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, avril 1894, p. 137.)

Femme de 39 ans, portant de nombreuses cicatrices d'adénites suppurées au cou, aux régions sus-sternales et axillaires droites. La malade ne peut dire combien de temps après la formation de ces cicatrices sont apparues les lésions pour lesquelles elle vient consulter. Elles sont constituées par des séries plus ou moins considérables d'efflorescences vésiculeuses localisées au voisinage et le long des bords des cicatrices vers les parties latérales du cou surtout à droite, et vers la partie supérieure du sternum. Leurs dimensions sont variables, les unes visibles seulement à la loupe, les autres de la grosseur d'une tête d'épingle ; elles font saillie à la surface des téguments comme des gouttes jaunâtres ; elles sont distendues et ne se rompent pas facilement : par la pression on peut les vider, mais elles se remplissent aussitôt après. La peau à leur niveau semble être parfaitemeut normale. La malade n'éprouve aucune sensation subjective. Quand une de ces vésicules se rompt, soit spontanément, soit accidentellement, il s'en écoule pendant plusieurs heures et même plusieurs jours un liquide couleur paille. La malade fut traitée par l'électrolyse : on se servit du pôle négatif.

L'examen microscopique montra que le stratum corneum n'avait subi aucune modification. Le reste était également indemne, sauf en certains points où il était en étroite relation avec les dilatations vasculaires. Il n'y avait ni épaississement du chorion, ni aucune altération des vaisseaux sanguins, mais dans les régions papillaires et sous-papillaires dans le voisinage des vésicules il y avait une infiltration cellulaire des plus accentuées. Les lésions consistaient essentiellement en cavités de dimensions et de formes variables situées superficiellement ou à des profondeurs variables dans le derme. Elles étaient uniloculaires, parfois superposées comme si un vaisseau tortueux avait été coupé à diverses hauteurs. Elles étaient tapissées d'une simple couche d'endothélium continu dans la plupart, manquant par places dans d'autres, et elles étaient limitées par du tissu connectif un peu dense ou par le reste seul. Il semble bien qu'il s'agissait dans ce cas de lymphangiectasies, peut-être dues à une gêne de la circulation lymphatique à la suite de la destruction des ganglions lymphatiques des régions atteintes.

L. B.

Lymphome. — Koumberg. Un cas de lymphome malin guéri par l'arsenic. (*Wratsch*, 1894, n°s 14 et 15, p. 404 et 437.)

Chez une femme de 46 ans se sont développés au cou, au côté droit, deux tumeurs formées aux dépens des ganglions de la région, qui ont très rapidement augmenté de volume et qui semblaient être des lymphadénies. La malade fut soumise au traitement arsenical (la dose maxima était de

40 gouttes de liqueur de Fowler par jour), et au bout de six semaines la tumeur a complètement disparu ; après 3 ans il n'y a pas encore de récidive.

En publiant cette observation, qui semble prouver la possibilité de la guérison du lymphome par l'arsenic, M. Koumberg rappelle que, d'après Karewski, tant que le lymphome n'a pas complètement disparu, il a une tendance à augmenter très rapidement, dès qu'on interrompt le traitement, ne serait-ce que pour quelques jours. D'autre part, il faut être très persévérant, car parfois ce n'est qu'au bout de six à huit semaines de traitement que la tumeur commence à diminuer. S. Broïdo.

Miliaires. — S. Pollitser. The miliaria group. (*New-York medical Journal*, 6 janvier 1894, p. 12.)

L'auteur revient sur ses précédentes recherches anatomo-pathologiques relatives aux miliaires. Il rappelle qu'il a considéré les vésicules des miliaires comme étant toujours en relation avec les conduits des glandes sudoripares, mais il reconnaît qu'il faut admettre avec Török qu'elles sont parfois le résultat de modifications inflammatoires de l'épiderme dans les cas où il y a des phénomènes inflammatoires très marqués. Les vésicules caractéristiques se trouvent toujours dans le stratum granulosum ou au-dessous, mais souvent toute la partie épidermique du conduit sudoripare est distendue sous forme d'entonnoir. Le contenu des vésicules qu'il serait peut-être à certains égards plus correct d'appeler des kystes est d'abord parfaitement transparent, puis elles se remplissent d'éléments cellulaires et parfois on trouve à leur place une masse compacte d'éléments granuleux et de détritus épithéliaux. C'est dans ce cas qu'elles ressemblent à des papules. D'ailleurs il n'y a en réalité aucun motif histologique de donner aux éléments de la miliaire papuleuse ou lichen tropicus le nom de papules : il n'y a qu'un fort léger épaississement circonscrit de la couche cornée à l'orifice de la glande sudoripare, et dans le derme une minime infiltration périvasculaire, avec çà et là une légère diapédèse des globules blancs.

L'auteur termine son travail en disant un mot de la miliaire profonde que certains auteurs ont décrite comme la dysidrose de la face et qui est causée elle aussi par l'obstruction, mais par une obstruction un peu profonde du conduit sudoripare. En somme, il y a pour lui trois variétés de miliaire, toutes les trois étant au point de vue de la lésion anatomique des kystes de rétention : 1° La première, miliaire superficielle ou cristalline, est due à l'obstruction du canal dans les couches supérieures du stratum corneum ; 2° la deuxième, miliaire moyenne ou rouge, est due à l'obstruction du conduit au niveau du stratum granulosum ; 3° la troisième, miliaire profonde ou hydrocystoma, est due à une obstruction du conduit tout à fait au-dessous de l'épiderme. L. B.

Morphée. — William Thomas Corlett. A case of circumscribed scleroderma (Morphæa). (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1894, p. 62.)

Observation assez détaillée d'une petite fille de 10 ans, atteinte de plaques de morphée du bras gauche et chez laquelle l'auteur a pu suivre pendant

longtemps l'évolution des lésions. Il discute à ce propos la question de l'identification de la sclérodermie et de la morphée. L. B.

Œdème. — Étienne. Œdèmes aigus essentiels localisés sans phénomènes généraux. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 13 janvier 1894, p. 20.)

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme de 24 ans, sujet à des poussées d'urticaire se produisant sous l'action du froid humide en automne surtout et occupant les parties exposées au contact de l'air, lequel vit apparaître brusquement, au mois de janvier, par une journée exceptionnellement douce, un œdème considérable du prépuce, blanc, mou, transparent, qui disparut dans l'espace de cinq heures. D'après l'auteur, les circonstances étiologiques et l'absence de prurit prouvent que cet œdème n'est pas une forme d'urticaire ; ces arguments nous paraissent insuffisants pour distraire l'œdème aigu circonscrit du cadre de l'urticaire, avec lequel il coexiste ou alterne si souvent, au point qu'il n'est peut-être pas un sujet atteint d'œdème aigu qui ne soit ou n'ait été urticarien.

Georges Thibierge.

Ostéome de la peau. — Warren Coleman. Osteosis of the skin of the foot. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1894, p. 185.)

Observation intéressante d'une petite fille de 6 ans qui, depuis 2 ans et demi, portait à la plante du pied gauche une lésion constituée par une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané : elle était mobile sur les tissus profonds. On l'enleva et on constata au microscope qu'il s'agissait d'un véritable ostéome. Le mémoire est à consulter au point de vue histologique. L. B.

Oxyde de zinc. — Tzechanowitsch. L'oxyde de zinc dans les pansements. (*Rousskaïa Medicina*, 1894, p. 123.)

L'auteur a employé l'oxyde de zinc pour le pansement du chancre mou, du chancre induré, de l'herpès préputial, des bubons suppurés et de la balanite. Il a toujours obtenu d'excellents résultats, surtout dans la balanite et le chancre mou, où la guérison survenait beaucoup plus rapidement qu'avec les autres substances employées : iodoforme, érophéine, iodol, dermatol. Aussi M. Tzechanowitsch conseille-t-il vivement l'emploi de l'oxyde de zinc dans toutes les interventions de « la petite chirurgie » et particulièrement dans le traitement des plaies vénériennes, d'autant plus que cette substance a encore l'avantage d'être inodore et de coûter beaucoup moins cher que l'iodoforme. L'action antiseptique de l'oxyde de zinc serait due à la cautérisation des tissus qu'elle produit. S. Broïdo.

Pemphigus. — W. T. Corlett. Pemphigus, its clinical varieties and treatment : with a report of unusual Cases. (*The American Journal of the medical sciences*, avril 1894, p. 413.)

Cet article ne tient pas tout ce que son titre promet. L'auteur y cite un cas d'éruption bulleuse hémorrhagique, affectant presque tout le corps, y

compris les yeux, caractérisée par des poussées aiguës successives, et ayant amené la cécité, de la gangrène des mains et des pieds. Puis il relate deux cas d'éruption bulleuse foliacée grave survenue chez deux nouveau-nés soignés par la même garde-malade, et un cas d'éruption bulleuse ayant un peu de tendance aux végétations, développée chez une femme de 58 ans, terminée par la mort au bout de trois mois et demi, ayant en somme beaucoup de points communs avec ce que Neumann appelle le pemphigus végétant.

L'article ne renferme pas de discussion approfondie de ce groupe morbide. L. B.

Psoriasis. — A. Neisser. Ueber Psoriasis. Therapie, nebst Bemerkungen über die Verwendbarkeit des Chrysarobins. (*Zeitschrift für ärztliche Landpraxis*, 1894, nos 1 et 2.)

Selon l'auteur, c'est la conception du psoriasis comme maladie parasitaire qui doit en dicter le traitement, et c'est en persévérant dans cette voie qu'on arrivera à faire progresser la science.

On n'a pas, il est vrai, trouvé le champignon du psoriasis. Il a même fallu abandonner l'épidermophyte de Lang, mais l'opinion de cet auteur que le psoriasis serait une dermatomycose est, d'après Neisser, fondée.

Tout le caractère de cette dermopathie, son origine, sa marche et son expansion sur le corps humain, correspondent parfaitement à celui des modifications de la peau dans les dermatoses à étiologie parasitaire connue. Il est impossible, en effet, de trouver une plus grande analogie qu'entre le caractère des plaques de psoriasis d'une part et celui de la trichophytose de l'autre. Dans les cas, l'éruption commençant par de petits foyers, s'étend à la périphérie, au centre elle guérit plus ou moins et avec retour complet à l'état normal. Dans les deux cas encore la couche cornée est essentiellement atteinte, probablement d'une manière primaire, les couches profondes de la peau ne sont envahies par l'inflammation que faiblement ou d'une manière secondaire.

Dans toutes les formes récentes de psoriasis l'examen clinique seul suffit à montrer qu'il s'agit d'une participation à peine appréciable de la couche conjonctive.

L'état des cheveux est une preuve que dans cette dermatose il s'agit d'une maladie très superficielle de la peau. Dans des psoriasis du cuir chevelu existant depuis des années, la croissance des cheveux n'est nullement altérée. On ne peut expliquer cet état qu'en ce sens, que les couches de la peau qui doivent nourrir le cheveu sont normales et n'ont pas été modifiées par la maladie.

Le psoriasis est-il contagieux ? Il faut répondre négativement à cette question, tout au moins on ne sait rien de sa contagion directe; on peut toutefois tenir compte ici des cas fréquents dans lesquels on observe dans une famille un certain nombre de psoriasiques. On a jusqu'à présent rapporté cet état à une transmission héréditaire. Neisser croit avec plus de raison pouvoir admettre une contagiosité se produisant dans des conditions particulièrement favorables par la vie commune et intime de

plusieurs membres de la famille. Il y a en outre des cas dans lesquels le psoriasis est survenu chez des enfants à la suite de l'entrée d'une servante psoriasique dans la maison, ou dans la vie conjugale en commun. Mais ces cas sont rares, beaucoup plus rares que celui d'époux dont l'un souffre de psoriasis des dizaines d'années sans que l'autre devienne malade. Finalement toutes les observations de ce genre ne sont en elles-mêmes nullement démonstratives; on sait, en effet, que l'apparition du psoriasis est très peu liée à un âge déterminé et que très souvent il se développe sans cause occasionnelle connue. Les rares observations qu'on a citées ne prouvent donc rien pour la théorie parasitaire.

Mais cette absence de contagiosité n'est-elle pas une preuve contre la conception du psoriasis comme dermatomycose? Pour détruire cette objection, l'auteur n'a qu'à signaler ce qui se passe pour le pityriasis versicolor, affection sûrement parasitaire et dans laquelle cependant on ne voit presque jamais une véritable transmission contagieuse.

Les deux affections paraissent être de la même famille en ce qu'elles exigent une disposition particulière de l'organisme, à savoir de la peau pour le développement du champignon.

Peut-être y a-t-il lieu de rattacher la théorie de l'hérédité du psoriasis à cette disposition. On n'hérite pas du psoriasis en tant que psoriasis, mais de la prédisposition et de la constitution du corps, c'est-à-dire de la peau, nécessaires pour l'infection.

La théorie parasitaire du psoriasis a, d'après Neisser, une influence capitale sur le traitement, influence qui se traduira suivant plusieurs directions.

1° Le choix des remèdes et le mode de leur application sont déterminés par cette théorie, qui fournit aussi une base rationnelle à l'action des médicaments reconnus empiriquement utiles.

2° Cette théorie a une très grande importance en ce qui concerne la durée du traitement.

3° On devra chercher à atténuer la prédisposition supposée des individus.

4° Avec cette hypothèse il sera plus facile d'expliquer le traitement interne de la maladie.

Des remèdes les plus utiles contre le psoriasis (goudron, acide salicylique, acide pyrogallique et chrysarobine) le plus efficace est incontestablement la chrysarobine. Il résulte, en effet, des expériences qui ont été faites sur les différentes espèces de champignons que la chrysarobine rentre dans les parasiticides les plus énergiques et les plus efficaces des champignons à mycélium qui croissent sur la peau; c'est peut-être un nouvel argument en faveur de la nature parasitaire du psoriasis.

L'auteur étudie ensuite l'action du goudron, de l'acide salicylique, de l'acide pyrogallique et leur mode d'emploi dans le psoriasis, et arrive à la chrysarobine qui se distingue par sa complète innocuité. Il n'a jamais pu constater les plus légers troubles néphritiques ou généraux, même avec des applications très abondantes et très prolongées. Il en a été de même dans les expériences sur les animaux. Toutefois avec la chrysarobine on a dans certaines circonstances deux actions secondaires qui

peuvent devenir très désagréables : 1° la forte coloration des couches supérieures de la peau saine, coloration liée à un corps chimique qui n'est contenu que dans les épithéliums normaux ou dans les cellules cornées (peut-être l'éléidine ?), lequel manque dans les cellules pathologiques des foyers psoriasiques ; 2° une inflammation qui se produit sous l'influence de l'application prolongée de pommades à 10 et 20 p. 100, principalement sous des pansements.

Comme les phénomènes secondaires de la chrysarobine se produisent presque exclusivement sur la peau saine non psoriasique, il faut autant que possible limiter l'application du médicament aux parties malades. Pour les grandes plaques des bras ou des jambes on peut avec un pansement soigné, maintenir la pommade sur les taches seules. Si les plaques sont petites et disséminées, il faut rendre la pommade plus adhérente et plus consistante, soit par un mélange à parties égales de vaseline et d'onguent simple, ou de vaseline et de lanoline (un sur deux), soit par l'emploi d'une pâte de zinc comme excipient :

Chrysarobine..........................	ââ 5 gr.
Zinc..................................	
Amidon pur...........................	
Lanoline anhydre......................	ââ 7 gr. 5.
Vaseline jaune........................	

Les savons pulvérulents de chrysarobine d'Eichhoff sont les plus actifs.

Les emplâtres de chrysarobine, la chrysarobine en suspension dans la traumaticine ne sont pas aussi efficaces que la chrysarobine en pommade.

Un des principaux avantages du traitement par la chrysarobine est qu'on peut l'employer hors de l'hôpital, car il n'est pas nécessaire de prendre des bains fréquents ni de longue durée.

Il faut avant tout enlever mécaniquement les squames et faire, suivant les cas, un usage plus ou moins fréquent de bains et de savonnages.

On veillera à ce que la chrysarobine, notamment employée sous forme de pommade, soit frictionnée par un infirmier habile, énergiquement et à fond sur la peau, auparavant débarrassée des squames. La pommade pénètre alors dans les couches profondes et amène par suite beaucoup plus sûrement la mort des parasites.

Il est très utile aussi, pendant la cure de chrysarobine, de faire suer le malade chaque jour ou à de plus longs intervalles. La desquamation se produit plus rapidement et Neisser pense que la réaction peu prononcée, chez certains malades sous l'action de la chrysarobine, sera favorisée par les bains de vapeur.

Mais le point le plus essentiel, c'est que médecin et malade ne se laissent pas abuser par une guérison apparente qui se manifeste souvent très rapidement.

Les préparations arsenicales et l'iodure de potassium méritent peu, selon l'auteur, d'êtrerecommandés. Il n'a jamais vu une action réelle de cette médication ; peut-être observe-t-on parfois une guérison plus rapide des éruptions ? mais il n'a pas constaté ni influence durable ni un obstacle aux récidives

Il n'a vu que dans un seul cas l'iodure de potassium, à la dose de 30 gr. par jour, suivant la méthode d'Haslund, amener la guérison d'un psoriasis généralisé, alors que le traitement local le plus doux n'était pas supporté.

S'il existe des arthropathies déformantes, on devra plutôt avoir recours aux sels iodiques, aux préparations salicylées, à l'acide lactique (jusqu'à 2 gr. par jour).

Toutes les expériences que l'on a faites avec un régime et un genre de vie « antiarthritique », avec l'hydrothérapie, n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Naturellement, le médecin cherchera à observer et à modifier thérapeutiquement toutes les anomalies constitutionnelles et tous les troubles fonctionnels. On ne connaît actuellement rien de certain touchant une relation déterminée entre le psoriasis et une diathèse quelconque, « arthritique » ou autre.

Tous nos efforts, dit en terminant Neisser, doivent tendre à détruire, d'une manière aussi durable que possible, les germes parasitaires supposés.

La chrysarobine donne d'excellents résultats, non seulement dans le psoriasis, mais aussi dans beaucoup d'autres dermatoses, soit par son action antimycosique, soit par l'inflammation qu'elle provoque et qui entraîne la desquamation et la résorption des infiltrats anciens.

Il n'existe guère de meilleur remède que la pommade de chrysarobine contre le pityriasis rosé de Gibert (herpès tonsurant, squameux, de l'École de Vienne), et contre beaucoup de cas de trichophytose.

L'herpès tonsurant, le lichen ruber plan, les eczémas psoriasiformes, les eczémas chroniques avec infiltrations profondes pénétrant dans le tissu conjonctif sous-cutané, sont très favorablement modifiés par la chrysarobine.

Quant au lichen des scrofuleux que de nouvelles recherches histologiques tendent à faire considérer comme une véritable maladie tuberculeuse, il est certain que la chrysarobine remplace avec avantage les frictions d'huile de morue dont l'action était très lente. Enfin, la chrysarobine modifie favorablement et entraîne la régression des syphilides papuleuses et papulo-squameuses rebelles et des infiltrats lépreux.

A. Doyon.

Psoriasis (État du sang dans le). — Zélenew. Quantité d'hémoglobine des globules blancs et rouges chez les psoriasiques. (*Journal de médecine militaire russe.*)

Le Dr Zélenew a examiné (par l'appareil de Glan) chez six malades atteints de psoriasis la quantité d'hémoglobine des globules blancs et rouges. Un de ces malades est resté tout le temps sans traitement; les autres étaient traités par l'arsenic. Il a obtenu les chiffres suivants chez le malade non traité. Pendant l'éruption et l'accroissement des plaques, la quantité d'hémoglobine diminuait d'abord : de 12,6 p. 100 à 10,5. Pendant les premiers jours de diminution de l'éruption, la quantité d'hémoglobine s'est élevée à 13,1 p. 100, puis a de nouveau diminué à 11,3 p. 100 pour atteindre, à la guérison complète, 12,2 p. 100. La quantité normale

n'étant pas moins de 16 à 17 p. 100, il est évident que chez ce malade l'hémoglobine était au-dessous de la normale pendant toutes les phases de la maladie.

Le nombre de globules rouges subissait les mêmes oscillations que l'hémoglobine; les globules blancs augmentaient d'abord, puis diminuaient graduellement (de 10,400 à 5,000).

Des cinq autres malades traités par l'arsenic, un était examiné depuis le commencement et pendant toute la durée de la maladie (60 jours), et l'auteur n'a trouvé aucune différence dans l'examen du sang d'avec celui du malade précédent.

Dans les quatre autres cas, l'examen était fait au moment du déclin de la maladie, et ici aussi on trouvait une diminution de l'hémoglobine; les chiffres les plus bas coïncidaient avec les plus fortes doses d'arsenic. Il n'y avait pas de modification notable du nombre des globules rouges. Les globules blancs ont augmenté dans deux cas.

Donc l'arsenic dans le psoriasis ne donne pas de résultats favorables quant à la composition du sang et, par conséquent, dans le psoriasis, il n'agit pas par l'amélioration de la composition du sang, mais par une autre voie, probablement par le système nerveux.

L'analyse du sang dans les affections cutanées n'a été faite que par Thin et Quinquaud. Le premier admet l'augmentation des globules rouges, dans le psoriasis, mais comme la numération a été faite par l'appareil de Malassez, son exactitude est douteuse, tandis que les travaux de Quinquaud concordent avec les observations de Zélenew. S. Broïdo.

Sarcomes. — Abramitscheff et Semenoff. Sarcomes multiples cutanés (Lymphadénie cutanée des auteurs français). (*Rousskaïa Meditzina*, 1894, n°s 1, 2 et 4, p. 6, 29 et 59.)

Il s'agit d'un homme de 24 ans, souffrant depuis deux ans et demi de douleurs de ventre et de pertes de forces; dix-huit mois après le début de ces phénomènes s'y sont ajoutés des vomissements alimentaires; à l'hôpital on fit le diagnostic de neurasthénie; bientôt après est survenue une diarrhée abondante. Le traitement par le bismuth et les douches froides pendant un mois à l'hôpital, et ensuite pendant neuf mois, n'amena aucune amélioration. Il y a cinq mois, le malade s'est aperçu de l'apparition, au niveau de l'angle interne de l'omoplate gauche, d'une tumeur indolore, d'un rouge vif, de consistance ferme, du volume d'une noix; puis plusieurs indurations, un peu plus volumineuses, se sont montrées à la région mammaire droite, puis au cuir chevelu. L'apparition de ces masses s'accompagnait de picotements de toute la peau et de la muqueuse buccale. L'accroissement rapide du nombre des tumeurs a fait rentrer de nouveau le malade à l'hôpital, où on lui a fait des injections d'arsenic. Ne voyant aucune amélioration, le malade part pour Saint-Pétersbourg, pour entrer dans le service du professeur Polotebnoff.

A l'examen, on constate : un amaigrissement notable; pâleur des téguments; facies terreux; 93 tumeurs sont disséminées à la tête et au cou; une d'elles a 16 centim. de circonférence, et est couverte d'une peau d'un rouge pâle, avec squames qui ne se détachent pas. A la région interscapulaire,

50 tumeurs, dont les plus volumineuses sont couvertes de crevasses d'où s'écoule un liquide jaune clair abondant. A l'omoplate gauche, tumeur mamelonnée, au centre de laquelle on voit la cicatrice suite d'ablation d'une tumeur à cet endroit; les petites tumeurs qui sont à la périphérie correspondent aux points de passage de l'aiguille au moment des sutures qu'on avait faites alors. Dans la région thoraco-abdominale, 204 tumeurs, dont plusieurs sont groupées autour de l'ombilic; une d'elles présente au centre une ulcération profonde, d'où s'écoule un liquide sanieux et fétide. D'autres tumeurs se trouvent aux aines, au périnée. Les dimensions de toutes ces masses varient de celles d'un petit pois à celles d'une grosse orange. Leur consistance, plus ou moins ferme, est en rapport inverse avec leur volume; au contraire, la coloration est plus intense sur les tumeurs plus volumineuses. Sauf la tumeur de la région inguinale droite, qui est très douloureuse, toutes les autres sont indolores. Les membres supérieurs et inférieurs en sont complètement indemnes.

A l'hôpital, le professeur Pawlow enleva plusieurs tumeurs périombilicales. Les tumeurs sont devenues douloureuses. Les plus grandes se mortifièrent et laissèrent couler un liquide sanguinolent; les petites augmentèrent rapidement de volume, devinrent molles et transparentes. Céphalées violentes. Nausées et vomissements. Apparition incessante de nouvelles tumeurs. Ascite un mois après l'entrée. Cachexie rapide. Les tumeurs du cuir chevelu saignent abondamment.

Mort après cinq semaines de séjour à l'hôpital.

Autopsie. — Liquide jaunâtre louche, fibrineux dans la cavité péritonéale; tout le péritoine est couvert de granulations grisâtres nombreuses; des nodosités grisâtres infiltrent toutes les tuniques gastro-intestinales. Foie, rate, reins, normaux; épanchement hémorrhagique des deux plèvres et séreux du péricarde. Nodosités au niveau des insertions costales du diaphragme. Rien dans l'encéphale; mais dans la moelle de l'extrémité supérieure du fémur, quelques nodosités dures. Ce qui est particulièrement intéressant à noter, c'est l'absence de métastases viscérales.

Les tumeurs opérées ont été examinées au microscope; leur coupe était d'un rose pâle, presque blanc, fibreux, donnant très peu de suc; au point de vue histologique, ces tumeurs étaient des sarcomes à cellules fusiformes, infiltrant le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Les néoformations des séreuses offraient la même structure. S. Broïdo.

Scarifications dans le traitement des maladies de la peau. — Slocker. Del legrado y escarificacion lineal in el tratamiento de las afecciones cutaneas. (*Cronica medica*, Valence, 1894, 4.)

Après quelques considérations sur le choix des instruments, les procédés opératoires et un parallèle entre la scarification linéaire et le raclage, l'auteur aborde les indications thérapeutiques de ces deux procédés et passe en revue les affections dans lesquelles on peut les employer avec succès.

Dans les nævi vasculaires on peut employer les scarifications linéaires, mais elles ne valent pas le procédé de Sherwel, c'est-à-dire la ponction avec une aiguille lancéolée trempée dans une solution d'acide phénique à

saturation, de phénol sulforiciné ou d'acide chromique à 25 ou 40 p. 100. Dans la séborrhée, la scarification a pu modifier favorablement la maladie. Dans l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure et du nez, les scarifications répétées modifient rapidement les parties malades et viennent à bout de lésions ayant résisté à toute médication. De même dans le sycosis rebelle, la scarification linéaire seule ou associée à d'autres médications agit favorablement. Dans l'acné, la scarification peut n'être pas suffisante et après l'incision il faut souvent pratiquer un raclage avec une fine curette. Dans la kéloïde le meilleur traitement est certainement la scarification linéaire qui n'expose pas aux récidives résultant de l'extirpation.

L'auteur rappelle le traitement par les scarifications, proposé dans la pelade par M. Morel-Lavallée ; il n'a pas encore eu l'occasion de l'employer. Pour le lupus, l'auteur rappelle les avantages de la scarification et il examine les reproches qui ont été adressés à la méthode au sujet d'une auto-inoculation tuberculeuse possible : il ne l'a, pour lui, jamais rencontrée. Lorsqu'il s'agit d'une petite plaque de lupus, l'auteur préfère le raclage à la scarification ; de même lorsqu'il s'agit d'un lupus du tronc ou d'un lupus recouvert par les vêtements ; de cette façon, il n'y a pas a répéter l'opération comme dans la scarification. Dans l'épithéliome superficiel, l'auteur rappelle les bons résultats que l'on peut obtenir du raclage. Dans les végétations, les condylomes, l'emploi de la curette est excellent. L'hémorrhagie est moindre qu'avec les instruments tranchants. L'auteur rappelle en terminant que, dans certaines neuro-dermatoses, dans le prurit anal, vulvaire, scrotal, les scarifications linéaires ont été parfois employées avec succès alors que de nombreuses médications avaient échoué.

PAUL RAYMOND.

Sclérodermie. — KRACHT. Sclérodermie généralisée chez un garçon de 12 ans. (Comptes rendus de la *Société de dermatologie et des maladies vénériennes*, t. II, p. 34.)

L'enfant dont il s'agit avait toujours été de santé délicate ; il n'y a pas de syphilis chez les parents ni d'affections nerveuses dans la famille ; il y a trois ans, le malade a eu une frayeur violente. A l'âge de 11 ans, rhumatisme articulaire aigu ayant duré, avec des intervalles, dix mois. Le début de l'affection a passé inaperçu, si ce n'est qu'on avait remarqué, il y a deux ans, que la peau des mains de l'enfant est devenue foncée. Mais il est amené à l'hôpital pour son rhumatisme. A son entrée, on constate un amaigrissement très prononcé, le malade ne peut se tenir seul debout ; le dos est voûté, les membres restent toujours dans la demi-flexion.

En général, toutes les altérations que nous allons décrire prédominent du côté de l'extension. Toute la surface cutanée, sauf le cuir chevelu, la plante des pieds et la paume des mains, est altérée, surtout à la face et aux membres supérieurs. Elle est de coloration brunâtre, elle est bronzée sur les membres supérieurs, du côté de la flexion ; la pigmentation est inégale suivant les endroits, mais symétrique sur les deux moitiés du corps ; il y a aussi une pigmentation sous forme de taches lenticulaires disséminées. Pas de pigmentation des muqueuses. La chaleur ou l'émotion sont sans influence sur la coloration des téguments. Il y a desquamation

furfuracée par places, aspect lisse et brillant ailleurs. Plaques de gangrène spontanée aux coudes, aux genoux, aux phalanges.

La peau est collée aux os ; les saillies osseuses, les muscles et leurs tendons se dessinent très nettement. Au front et à l'avant-bras, il est impossible de faire un pli à la peau ; au cou, au thorax et aux coudes on le peut, mais difficilement. Les doigts ne peuvent être ni fléchis, ni étendus à cause de cet état de la peau ; ils sont froids, cyanosés et immobiles.

L'aspect de la face est caractéristique : nez effilé, bouche entr'ouverte, ricanante (par suite de l'atrophie des lèvres) ; impossibilité de froncer les sourcils, de siffler ; la face est comme figée dans une expression permanente. Les veines du front sont très saillantes et commes logées dans des gouttières ou rigoles des os.

La sécrétion des glandes de la peau est au minimum ; la chair de poule est impossible à obtenir (par réfrigération par l'éther).

Quelques plaques d'alopécie au cuir chevelu, mais de nouveaux cheveux commencent à y pousser. Pas de poils à l'aisselle ni au pubis. Le duvet est très marqué, surtout à la face, où les poils se soulèvent à la moindre émotion. Les ongles sont secs et cassants.

Le système musculaire est extrêmement atrophié, les muscles sont très indurés, mais inégalement : des nodosités fermes, de dimensions d'un œuf, alternent avec des parties moins altérées. Pendant l'extension et l'abduction les tendons sont très tendus. Les articulations sont tuméfiées, il y a des craquements et raideur.

Aux genoux, il y a un exsudat, ailleurs l'augmentation de volume est due à l'hypertrophie des extrémités osseuses et à l'épaississement des parties péri-articulaires. Parfois, douleurs spontanées dans les jointures. Par suite de la difficulté de l'extension et de la flexion, l'attitude est particulière et ressemble à celle d'un vieillard en décrépitude.

Aucun trouble sensitivo-sensoriel. Le réflexe rotulien n'a pu être examiné à cause de la douleur ; les autres sont normaux.

L'excitabilité électro-faradique et galvanique est normale.

La moitié droite de la langue est raccourcie, dure, le sillon de la face dorsale est en forme de courbe ; la moitié gauche est d'aspect normal. Tous les mouvements de la langue sont intacts.

Rien au cœur, ni au poumon. Le pouls radial est impossible à sentir à cause de l'épaisseur de la peau ; l'artère humérale se sent sous forme d'un cordon dur et sinueux. Anorexie, parfois diarrhée ou constipation, sommeil agité.

Le diagnostic de sclérodermie ne présentait pas de difficulté ; le malade fut traité par l'arsenic et les bains chauds, puis par l'acide phénique, la créosote, au bout de 3 mois par l'électrisation. Le malade est resté sept mois à l'hôpital ; l'état général n'a subi aucune modification, mais l'état de la peau semblait s'améliorer, quoique avec une lenteur extrême. Au bout de ce temps, le malade eut une bronchite, puis une pneumonie à laquelle il succomba.

A l'*autopsie* on constata de l'hépatisation des deux lobes pulmonaires inférieurs, quelques adhérences pleurales récentes, le cœur hypertrophié, des adhérences anciennes des valvules aortiques et de la péricardite

adhésive, de la périsplénite chronique, des cicatrices (?) aux reins; les capsules surrénales sont mal développées. Hyperhémie veineuse du foie, de la rate et des reins.

L'*examen microscopique* de la peau a démontré que la couche cornée est normale, les papilles sont atrophiées; la quantité des fibres élastiques du chorion est augmentée. Le tissu cellulaire sous-cutané est ferme, le tissu adipeux atrophié. Peu d'hypertrophie des fibres dartoïques du derme. Atrophie des glandes. Les vaisseaux sont sclérosés, surtout aux dépens du tissu conjonctif périartériel, l'endo-périartérite est d'intensité moyenne.

En terminant sa communication, M. Kracht dit que, vu la généralisation du processus à toute la peau et aux muscles du tronc, des membres d'une partie de la langue, il est inexact d'appeler cette affection « sclérodermie »; le nom de *sclérome* que donne M. Pospeloff à des processus de ce genre qui envahissent tout l'organisme, lui convient mieux. S. Broïdo.

Taches bleues. — Dr Hewetson. Note on significance of taches bleuâtres. (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier-février 1894, p. 19.)

L'auteur adopte complètement l'opinion des auteurs français, qui admettent que les taches bleues sont causées par le phthirius pubis. Il cite à cet égard plusieurs exemples des plus démonstratifs, et il prouve que lorsque ces taches existent dans une fièvre typhoïde c'est parce que le malade a en même temps des morpions. Ces recherches n'ont plus d'intérêt que pour les étrangers : depuis longtemps en France les recherches de Moursou et de Duguet sont classiques. L. B.

Tatouages dus à la poudre à canon. — W. M. Nelson. Successful removal of Gunpowder stains. (*New-York medical Journal*, 3 mars 1894, p. 272.)

L'auteur fait une courte description des tatouages causés par l'ancienne poudre de guerre, et il expose les méthodes diverses qui ont été employées pour faire disparaître ces accidents. La seule bonne, d'après lui, est celle qui a été récemment préconisée par Ohmann-Dumesnil, de Saint-Louis, et qui consiste à tatouer les taches avec du *glycerole of papoïd*. Il relate l'observation fort intéressante d'un enfant dont presque toute la peau avait été imprégnée de poudre à canon, et qui a guéri par ce procédé. L. B.

Tuberculose de la peau. — W. A. Hardaway. A case of tuberculosis of the skin simulating lupus erythematosus and erythematoïd lupus vulgaris. (*American Journal of the medical sciences*, avril 1894, p. 408.)

Le malade est un homme de 28 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé. Pas d'antécédent paternel ou maternel, ni familial. En mai 1892, il remarqua sur la joue gauche, une petite lésion jaunâtre de la grosseur d'une tête d'épingle : elle s'agrandit peu à peu par la périphérie, et devint

dure et rouge. Elle n'était nullement douloureuse. En juin 1892, elle avait les dimensions d'une pièce de 50 centimes avec un centre blanchâtre, atrophique, et une bordure rouge, infiltrée, surélevée. En septembre, elle avait les dimensions d'un demi-dollar : elle n'était pas surélevée, mais la peau à son niveau était infiltrée. Au milieu de septembre, on vit apparaître brusquement sur le visage plusieurs petites pustules acnéiformes ; elles s'entourèrent d'une étroite aréole rouge, puis s'étendirent, s'infiltrèrent, se recouvrirent de croûtes au centre, prirent en un mot l'aspect d'éléments de lupus érythémateux.

On employa divers traitements, mais surtout l'électrolyse qui sembla donner quelques résultats.

En janvier 1893, on pratiqua l'examen histologique d'un fragment, et on y trouva des bacilles de la tuberculose en nombre modéré ; les autres particularités des lésions histologiques observées confirmèrent le diagnostic de tuberculose locale.

Cependant, au point de vue objectif comme au point de vue évolutif, on devait, d'après l'auteur, dans ce cas porter le diagnostic de lupus érythémateux. Jamais on ne put découvrir à l'œil nu dans les tissus les nodules du lupus vulgaire.

L'auteur aborde la discussion de ce cas. Il fait remarquer que le diagnostic de syphilis était impossible ; puis il examine les hypothèses de tuberculose proprement dite de la peau, de tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, de formes diverses de lupus vulgaire. Il est bien évident que l'aspect clinique empêche d'admettre les deux premiers diagnostics. Il se demande alors s'il ne faut pas considérer ce cas comme un lupus vulgaire érythématoïde de Leloir, mais il fait remarquer que jamais dans son cas il n'a pu voir de nodule de lupus vulgaire. Il parle ensuite des distinctions que nous avons faites entre le lupus érythémateux fixe et le lupus érythémateux aberrant ; mais comme il ne semble point disposé à les admettre, il se trouve fort embarrassé, et il finit son article sans poser de conclusion ferme. L. B.

Ulcères de jambe. — Borschtscheff. Traitement des ulcères de la jambe. (*Wratsch*, 1894, t. XV, 3, p. 71.)

L'auteur recommande beaucoup le pansement de Unna (gélatine, 10 gr. ; oxyde de zinc, 10 gr. ; glycérine, 10 gr. ; eau, 30 gr.) surtout chez les malades qui sont obligés de rester debout la plus grande partie de la journée. M. Borschtscheff couvre de cette pommade toutes les parties saines du membre, jusqu'à la limite de l'ulcère. Les parties humides ou eczémateuses entourant cet ulcère sont d'abord saupoudrées d'iodoforme, puis recouvertes par le pansement à la gélatine. Si le pansement doit, à cause de l'étendue des lésions, rester longtemps en place, on le couvre de collodion, qui le rend plus résistant. L'ulcère lui-même est traité et pansé suivant les indications étiologiques ; ensuite tout le membre est bandé. Le pansement de l'ulcère lui-même est changé d'abord le quatrième ou cinquième jour, ensuite tous les huit à dix jours ; le pansement de Unna peut rester trois à quatre semaines sans être changé ; sous son influence, la douleur disparaît très vite, la sécrétion de l'ulcère tarit jusqu'à peine quel-

ques gouttes par semaine ; enfin la cicatrisation se fait. Les petits ulcères guérissent en une ou deux semaines. L'auteur rapporte plusieurs observations et dit qu'il a eu le plus souvent de très beaux résultats, et en tout cas améliorait toujours notablement l'état local. D'après lui, ce pansement agit surtout en rendant plus active la circulation par la compression légère et uniforme, ce qui améliore la nutrition du membre. Ce mode de traitement a pour lui encore cet avantage que ce pansement absorbe la sueur, au lieu de l'arrêter. M. Borschtscheff l'a aussi appliqué avec succès dans plusieurs cas d'eczéma chronique de la jambe. S. Broïdo.

Urticaire. — Hallopeau. Des urticaires et plus particulièrement de leurs formes œdémateuse et lichénoïde persistantes. (*Semaine médicale*, n° 17, p. 129, 1894.)

Dans cette leçon, M. Hallopeau, après avoir décrit la plaque ortiée, son anatomie pathologique, le mécanisme de sa production, étudie les urticaires locales, de cause externe, les urticaires internes et signale toutes les toxémies qui peuvent les produire ; il passe ainsi en revue successivement l'autographisme, l'urticaire ab ingestis, l'urticaire chronique, les urticaires chroniques, les urticaires fébriles, les urticaires œdémateuses aiguës et chroniques, et enfin les urticaires persistantes dont la plus remarquable est l'urticaire pigmentée et dont il fait connaître une nouvelle forme que l'on peut appeler lichénoïde.

Des urticaires chroniques, il rapproche celle qui survient sans cause appréciable chez les jeunes enfants et qui a été désignée par Bateman sous le nom de lichen urticatus, et bien étudiée par Colcott Fox. A propos des urticaires œdémateuses, M. Hallopeau fait remarquer qu'il résulte d'une observation qu'il a publiée l'an dernier, que les manifestations de cette variété d'urticaire au lieu de s'effacer au bout de quelques heures peuvent persister longtemps ; la tuméfaction augmente de temps à autre sous l'influence de nouvelles poussées ; elle est alors remarquable par sa dureté et sa résistance à la pression du doigt et rappelle ainsi le myxœdème ; siégeant surtout au visage et amenant ainsi une tuméfaction persistante des yeux et des paupières, elle donne lieu à une modification étrange de la physionomie.

A propos des urticaires persistantes et pigmentées, M. Hallopeau en décrit une forme qu'il appelle lichénoïde, dont il a observé un cas. Elle serait constituée par des nodules miliaires agglomérés en petits groupes irrégulièrement arrondis ou en séries linéaires ; les plus volumineux atteignant le volume d'un grain de chènevis présentant dans leur centre une dépression punctiforme : leur consistance était ferme, leur surface brillante et arrondie, leur coloration d'un rouge qui, par places, tirait sur le chamois. Sous l'influence du grattage, ces nodules devenaient plus saillants et plus volumineux en même temps que leur coloration s'accentuait. Cette éruption était abondante sur toute la surface du tronc ; au niveau des cuisses, elle se continuait insensiblement avec des plaques rouges non saillantes ; le malade était autographique.

L. Perrin.

Urticaire pigmentaire.— L. Derville. Un cas d'urticaire pigmentaire. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 10 févr. 1894, p. 121.)

Fille de 10 mois, née à terme d'une mère nerveuse, et nourrie au biberon. Début à l'âge de 6 semaines, à la suite de troubles dyspeptiques, par une éruption de papules volumineuses, accompagnée d'un prurit excessif prenant bientôt une coloration jaunâtre et occupant surtout le dos; les poussées urticariennes se sont répétées, envahissant chaque fois de nouveaux territoires cutanés, et se sont rapidement généralisées à toute la surface du corps; les lésions se présentent sous la forme habituelle de l'urticaire pigmentaire, prédominant sur le dos; il ne semble pas y avoir jamais eu production de vésicules ou de bulles. Amélioration notable du prurit sous l'influence combinée de la belladone, du benzo-naphthol et de l'iodure de potassium. Georges Thibierge.

Variole. — W. Œttinger. Traitement de la variole par le procédé dit de « la chambre rouge ». (*Semaine médicale*, n° 32, 1894, p. 255.)

M. Œttinger a soumis à ce traitement huit malades atteints de variole grave avec une éruption cohérente ou cohéro-confluente; il les a placés dans la chambre rouge vingt-quatre, quarante-huit heures ou soixante-douze heures après le début de l'éruption; ils y sont restés jusqu'à la dessiccation complète des vésicules varioliques. Pour la disposition des chambres, les carreaux des fenêtres ont été remplacés par des vitres en verre rouge, les portes ont été garnies d'épaisses couvertures faisant office de portières. Toute lumière artificielle était exclue des chambres; pendant la nuit, on se servait et pour les besoins du service d'une lampe de photographe à double verre, rouge et jaune. L'aération n'était pratiquée que le soir et encore le malade était recouvert d'une épaisse couverture fixée à la tête du lit.

Sur ces huit malades traités ainsi par la méthode de Fuisen (de Copenhague), trois sont morts; ces décès ne doivent pas être évidemment attribués à la méthode danoise qui n'a pas la prétention d'éviter toutes les complications de la variole, surtout celles qui tiennent à l'infection variolique proprement dite; elle ne se propose, en effet, que d'être un traitement de l'éruption de la variole.

Les modifications constatées dans cette éruption ont été les suivantes : durant les premiers jours, pendant quarante-huit, soixante-douze heures ou même davantage, l'éruption ne semble en aucune façon modifiée : la vésiculation s'achève, l'ombilication devient plus caractéristique et les vésicules louchissent; en même temps, la face, les oreilles se tuméfient, la peau qui les recouvre prend un aspect luisant, violacé; les paupières et les lèvres boursouflées achèvent de donner au malade le facies bien connu. Mais bientôt l'éruption se modifie : vers le cinquième, sixième, septième jour de l'éruption, le plus souvent vers le sixième, l'œdème disparaît presque entièrement et les vésico-pustules se flétrissent et se dessèchent, formant de véritables croûtes dont l'apparence est toute différente de celles que l'on observe habituellement. Au lieu de ces croûtes épaisses et jaunâtres, mélicériques, ce sont des croûtes grisâtres et sèches,

qui semblent beaucoup plus adhérentes que les autres. Cette dessiccation, qui commence toujours par la face, est moins prononcée au niveau des membres ou du tronc ; elle est plus longue à se faire dans ces régions, mais le plus souvent le onzième ou douzième jour de la maladie, non seulement la dessiccation est complète, mais les croûtes grisâtres, brillantes de la face, sont, en grande partie, tombées ; seules, celles qui se trouvent au niveau du cuir chevelu, de la barbe, persistent plus longtemps.

Pour ce qui concerne l'évolution générale de la maladie, on ne peut pas dire que la fièvre du sixième, septième ou huitième jour, dite fièvre de suppuration, ait été entièrement supprimée ; dans deux cas seulement, elle a fait défaut. Quant aux cicatrices ultérieures, il n'est pas possible de souscrire entièrement aux conclusions des médecins danois, elles ne font pas absolument défaut, mais elles sont très notablement atténuées ; en outre les taches pigmentaires sont beaucoup moins apparentes.

M. Œttinger conclut de ces faits, que si on n'a pas dans la méthode de Fuisen un traitement de la variole, on a certainement en elle une thérapeutique réellement efficace de l'éruption variolique ; celle-ci évolue plus rapidement et s'il est peut-être illusoire d'espérer empêcher la vésicule de devenir pustule, il n'en est pas moins vrai qu'en peu de jours la vésiculo-pustule se dessèche, que l'on évite ainsi non seulement des cicatrices disgracieuses, mais que la fréquence des accidents liés à la suppuration sont aussi considérablement diminués de fréquence. En un mot, l'obscurité appliquée à la thérapeutique de la variole est avant tout un traitement topique. L. Perrin.

Vitiligo. — M. Federoff. L'influence psychique sur la production du vitiligo (*Wratsch*, 50, décembre 1893, p. 1385.)

Un paysan a éprouvé une peur terrible à la suite d'une chute suivie d'une fracture de l'humérus. Peu de temps après se sont montrées des taches blanches sur la peau du tronc; les cheveux ont perdu leur pigment par places et sont devenus blancs. Les plaques de vitiligo augmentaient de plus en plus, se réunissaient entre elles et formaient de larges placards, surtout à la région lombaire et à l'épaule. S. Broïdo.

Xanthome. — Jas. C. Johnston. A Case of Xanthoma diabeticorum. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mai 1894, p. 205.)

L'auteur relate un cas de xanthome développé chez un diabétique peut-être ancien syphilitique ; ce cas est pour ainsi dire classique : l'éruption était surtout accentuée au dos, aux surfaces d'extension des bras, sur les avant-bras, les fesses, les surfaces d'extension des cuisses, les jambes, la face dorsale des mains, la face dorsale et plantaire des pieds. Le visage, le cuir chevelu, les parties génitales, la muqueuse buccale étaient indemnes. L'éruption consistait en papules présentant une couleur d'un rouge sombre, discrètes ou confluentes, dures au toucher, nettement délimitées : leur grandeur très variable allait de celle de minimes papules à celle de plaques, surélevées comme à la plante des pieds. Plusieurs d'entre elles étaient

d'un jaune blanchâtre à leur sommet. L'éruption avait une petite tendance à diminuer lorsque le malade se soignait, à augmenter dans le cas contraire. L. B.

Pemphigus végétant. — *Avec remarques diagnostiques sur les autres maladies bulleuses des muqueuses et de la peau que l'on confond avec la syphilis*, par le professeur H. Köbner (avec 2 planches). *Deutches Archiv. f. klinische Med.*, tome LIII, 1 et 2, 1894.

D'après un discours fait à la section de dermatologie et de syphiligraphie de la 65e *réunion des médecins et naturalistes allemands,* tenue à Nürenberg le 15 septembre 1893.

Traduit et résumé par le Dr A. Doyon.

L'auteur a eu récemment l'occasion d'étudier plus à fond un cas très typique de la plus grave et sans doute de la moins connue de ces affections bulleuses, le pemphigus végétant ; c'est seulement le troisième cas qui a été soumis à son observation. C'est pour lui une occasion de s'occuper aujourd'hui de la pathologie et du traitement du pemphigus végétant, et de ne présenter qu'un court tableau synoptique de toutes les autres affections bulleuses au point de vue du diagnostic.

Köbner, pour être complet, cite en premier lieu les aphtes, parce qu'ils surviennent fréquemment aussi chez les syphilitiques, ou ceux qui l'étaient, sur les muqueuses labiale, buccale ou gingivale, ainsi que sur la partie antérieure de la langue, et qui peuvent faire croire à des récidives.

Dans une observation de J. Neumann (une fille de 26 ans, auparavant saine), il est question d'aphtes existant non seulement sur les muqueuses buccale et palatine, mais aussi à la face interne des petites lèvres, de la vulve, du vagin et sur la portion vaginale de l'utérus (colpite aphteuse). Concurremment avec la fièvre survenue dès le début, ces aphtes se multiplièrent simultanément avec des nodosités de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, dures, rouge livide, sur les membres inférieurs ; quelques-unes présentèrent à leur centre des points miliaires jaunes. Cette affection fut considérée par Neumann comme un érythème toxique. Les pertes de substance, provenant des papules jaune clair ou blanc mat, de ces muqueuses, isolées ou confluentes, de la dimension d'une lentille à fond diphtéritique jaune clair, nombreuses surtout sur la muqueuse génitale, se détergèrent et se réparèrent rapidement et en même temps les nodosités érythémateuses disparurent.

L'auteur ne fait ensuite que signaler les épidémies d'aphtes, provoquées par la transmission d'épidémies d'aphtes et le piétin des

animaux domestiques à l'homme, désignées récemment par Siegel sous le nom de « Mundseuche » (épidémie aphteuse) ou stomatite épidémique ; — en raison des cas sporadiques de contagion de cette affection, Köbner proposerait la dénomination de stomatite infectieuse ou d'une manière encore plus caractéristique, de *stomatite épizootique.* — Il la mentionne ici, parce que leurs vésicules et bulles, ainsi que les exulcérations superficielles consécutives peuvent apparaître non seulement sur les lèvres et les parties les plus voisines, voire même sur toute la muqueuse buccale, plus rarement sur les muqueuses pharyngienne et nasale, mais aussi — outre les mains et les pieds — sur les organes génitaux externes. En dehors des symptômes prodromiques fébriles et de la tuméfaction des gencives et de la langue qui se produit en même temps que l'éruption, parfois aussi de la mâchoire inférieure, avec tendance aux hémorrhagies provenant de la muqueuse enflammée, il y a lieu, d'après Siegel, de tenir compte des pétéchies fréquentes, principalement sur les jambes et les avant-bras, et de la tuméfaction du foie.

Les variétés d'herpès fournissent un contingent incomparablement plus fréquent d'erreurs.

Bien que l'on connaisse et que d'ordinaire on évite de confondre l'herpès génital chez l'homme avec le chancre, il n'en est pas de même dans l'herpès des organes génitaux de la femme, pourtant plus fréquent (d'après R. Bergh), et qui, selon cet auteur, surviendrait dans les trois quarts de tous les cas comme précurseur ou concomitant de la menstruation.

Cet herpès n'apparaît habituellement qu'à la vulve et de préférence aux grandes lèvres quelquefois, sur le clitoris et dans le vestibule, il peut arriver qu'il se localise également sur le col utérin et même il y a des cas où on n'en trouve que sur le col.

On confond l'herpès des parties génitales externes et du vestibule — ainsi que celui de l'homme — plus facilement avec des chancres mous qu'avec des scléroses, celui du col utérin avec des plaques muqueuses. L'herpès chronique récidivant de la cavité buccale ainsi que celui du pharynx, du voile du palais et des arcs palatins, soit qu'il ne récidive que sur cette muqueuse, soit que pendant plusieurs années il alterne ou survienne en même temps que l'herpès des organes génitaux, est aussi facilement confondu avec les plaques muqueuses.

Même l'herpès zoster de ces parties, dont l'apparition ne se produit en général qu'une fois, a été méconnu ; comme exemple, l'auteur rappelle ici brièvement un cas, qu'il a présenté en 1873, de zoster sacro-génital limité exactement au côté gauche, principalement postérieur, du scrotum et du pénis, surtout du gland et dont les vésicules ulcérées (probablement à la seule inspection du gland) avaient fait diagnostiquer des chancres mous.

On pourrait reconnaître immédiatement, même à la période de vésicules ouvertes ou recouvertes de pseudo-membranes, le zoster de la muqueuse buccale et de la muqueuse pharyngienne. On le reconnait à la semi-latéralité, à l'éruption simultanée de zoster sur la face, dans la sphère du deuxième et du troisième rameau du trijumeau, à la névralgie le plus souvent précédant ou concomitante du côté atteint de la muqueuse ou de la gencive et même de la mâchoire supérieure et inférieure, sans parler des paresthésies qui persistent parfois.

Les cas incomparablement plus rares de poussées aiguës de nombreuses bulles, même plus volumineuses sur la langue et de quelques-unes en général plus petites sur le pénis, le scrotum ou dans la région anale, qui sont d'ordinaire accompagnées de prurit, rentrent dans les localisations alternantes de l'herpès citées ci-dessus. Une fois, Köbner a observé une phlycténose, dont la systématisation n'est pas encore certaine, elle n'affectait presque que les muqueuses (chez un homme d'environ 40 ans). Les petites bulles et vésicules avaient commencé sur la conjonctive, ou du moins la maladie avait débuté par une conjonctivite, et auraient gagné tout d'abord la muqueuse nasale, puis les muqueuses pharyngo-buccales, accidentellement aussi l'orifice du larynx, plus tard le gland et enfin les bourrelets hémorrhoïdaux. Les érosions superficielles, de la dimension d'une lentille, saignant facilement et douloureuses, qui, pendant plusieurs années, ne revenaient fréquemment que sur les muqueuses nasale et bucco-pharyngienne, avaient été prises pour de la syphilis.

Ce diagnostic défectueux se rapporte le plus souvent à l'herpès iris; cette variété, beaucoup plus constamment que l'érythème exsudatif polymorphe, auquel, d'après l'auteur et Hebra, elle appartient comme origine, et qui seulement dans quelques cas survient sur les muqueuses labiale et buccale, se localise sur ces mêmes muqueuses dans une étendue variable, parfois même dans toute leur étendue, jusque sur les arcs palatins ou au delà sur le pharynx et l'orifice du larynx. Sur cette muqueuse, l'herpès iris se produit en même temps ou parfois même un à deux jours auparavant, et souvent d'une façon beaucoup plus intense que les cercles de vésicules qui se développent concentriquement autour d'une vésicule centrale ou croûtelle, en ses points de prédilection, les mains et les pieds, spécialement sur les surfaces d'extension, les avant-bras et les jambes, les coudes et les genoux, ou aussi sur les paupières et tout autour. Dans quelques-unes de ces éruptions revenant d'une manière fort tenace, d'intensité très variable et accompagnées ou non de fièvre (dans une des observations de l'auteur, pendant vingt-cinq ans), il survenait en même temps, comme sur les lèvres et dans la cavité buccale, des couronnes de vésicules sur les parties génitales, le périnée, autour de l'anus et dissé-

minées également sur les fesses. Köbner a, en 1887, présenté un cas semblable; pendant huit ans, ce malade fut soumis, à Aix-la-Chapelle et à Wiesbaden, à un traitement anti-syphilitique très énergique, il présentait alors une de ses poussées les plus intenses sur les faces de flexion des doigts, la paume des mains et sur le lit unguéal de quelques ongles des doigts, le pénis, le scrotum, s'élevant le long du raphé jusque tout autour de l'orifice anal et sur une fesse, peu accusée sur l'une des plantes des pieds, par contre très prononcée dans la cavité buccale. Cette éruption, transformée en excoriations arrondies sur la face antérieure des organes génitaux, ainsi que sur la paume des mains, se présentait sur la face postérieure du scrotum jusque autour de l'anus, sous forme de cercles de vésicules. Les éruptions en masse de ces vésicules apparaissaient dans la bouche comme des érosions innombrables, confluentes, en partie recouvertes d'un enduit mince, blanc gris ou jaune gris, peu adhérent, entourées d'aréoles douloureuses, tuméfiées, rouge vif. Ces érosions affectaient la muqueuse labio-buccale et celle du plancher buccal, en outre le frein de la langue que les gencives encadraient comme d'une limite continue de vésicules en forme de demi-cercle ou de couronnes, et s'étendaient sur le palais et un peu plus disséminées sur le voile du palais et les arcs palatins, jusqu'à l'épiglotte et à la paroi postérieure du pharynx.

La dermatite herpétiforme, récemment séparée de nouveau, avec raison, par Duhring, de cette maladie ainsi que du pemphigus, pour laquelle Köbner préfère comme plus typique l'ancienne dénomination d'*hydroa pruriginosa* de Tilbury Fox, est caractérisée par les quatre symptômes cardinaux, mis en relief par Duhring et Brocq, d'une certaine polymorphie, mais avec le type fondamental érythémato-vésiculeux ou érythémato-bulleux et une disposition herpétique, plus encore par les paresthésies cutanées (ou aussi à siège plus profond) pendant (et même entre) les poussées isolées, les récidives presque constantes de ces poussées et la nutrition générale relativement bonne malgré tous les malaises subjectifs. Cette maladie (assez rare avec diagnostic précis) produit aussi quelquefois de petites bulles qui s'ouvrent rapidement sur les muqueuses linguale et buccale, dont les résidus ainsi que l'aspect général de la peau (à savoir des vésicules et des bulles ou des pustules déchirées par le grattage sur le bord des surfaces pigmentées gyroïdes anciennes) ont permis à l'auteur d'écarter des cures anti-syphilitiques répétées.

Il en est de même de l'impétigo herpétiforme (Hebra), dont les pustules superficielles miliaires, atteignant même la dimension d'une lentille, qui, comme sièges de prédilection, apparaissent en groupes ou en tas, d'abord sur la région génito-crurale ou le bas-ventre —

presque exclusivementchez la femme — et par leur multiplication centrifuge constante peuvent recouvrir peu à peu tout le tronc, les membres et même la tête, de nombreuses et petites surfaces en forme de disques ou de grandes surfaces en forme de guirlandes, recouvertes de couronnes de pustules. Ces éruptions surviennent aussi accidentellement sur les muqueuses buccale, pharyngienne, même œsophagienne, vulvaire et vaginale. Le dépôt fétide, purulent, consécutif aux pustules de la muqueuse ou consistant en masses grises, visqueuses, de ces plaques isolées, de la dimension d'une lentille jusqu'à celle d'un haricot, par exemple, de la muqueuse linguale, labiale ou buccale, a été la cause d'erreurs. Il en a été ainsi notamment chez une femme observée par l'auteur (laquelle, soit dit en passant, pour la différencier des cas d'Hebra et d'observateurs ultérieurs, non seulement ne présentait aucun état puerpéral, mais même n'avait jamais eu d'enfants) ; des surfaces très étendues en forme de cercles de la région du bas-ventre et de toute la région génito-crurale présentaient des couches cohérentes de verrucosités saillantes ressemblant parfaitement à des condylômes acuminés (végétations), avec enduit visqueux extrêmement fétide. Même avec cette complication extraordinaire, dissimulant sur de grandes surfaces la maladie pernicieuse fondamentale, et qui, d'après une observation analogue de Du Mesnil et Marx, survient en petits groupes isolés de végétations, même sur les muqueuses buccale et tonsillaire, un examen complet fera reconnaître comme point de départ les disques concentriques typiques de pustules non ulcérées et toujours sous-épidermiques.

En outre, les exanthèmes médicamenteux, considérés en général, comme toxiques depuis le mémoire de l'auteur (1877) (désignés par E. Besnier avec une frappante concision, sous le nom de toxidermies) peuvent apparaître sur la peau, ainsi que sur les muqueuses sous forme de bulles et de vésicules. Ces éruptions se développent très rapidement de taches rouges, nettement arrondies et dont les résidus peuvent faire hésiter, notamment quand, sans qu'on connaisse la cause nocive, elles surviennent, non comme d'ordinaire, à la fois sur les muqueuses et sur de nombreuses régions de la peau, par exemple après l'antipyrine, de préférence sur les mains, la face (lèvres, paupières), les membres inférieurs, le pénis et le scrotum, plus rarement sur le tronc, mais quand elles se localisent au contraire par des poussées répétées exclusivement sur les muqueuses labiale, palatine ou linguale et les parties génitales ou aussi à l'anus. On observe aussi, après l'iodure de potassium, chez quelques individus, cette forme bulleuse, principalement à la face et sur les membres supérieurs, particulièrement sur le dos des mains, ainsi que sur les organes génitaux, les muqueuses buccale et nasale et (très rarement) même sur la conjonctive bulbaire et cornéenne. Chez quel-

ques femmes hystériques, des éruptions bulleuses circonscrites se produisent exclusivement sur la muqueuse buccale et les nymphes, après de petites doses répétées de quinine. Peut-être on ne trouvera pas toujours dans le syndrome de tous les caractères objectifs, et par suite aussi des phénomènes généraux et du développement des efflorescences, ainsi que des autres signes indiqués par l'auteur, un fil pathogénique tout à fait sûr; chose d'autant plus difficile, quand, comme chez un malade d'Hallopeau, traité pendant plusieurs mois dans les hôpitaux de Paris, toujours avec de l'iodure de potassium et atteint des suites très exceptionnellement graves d'éruptions bulleuses chaque fois étendues, il y a eu réellement une syphilis antérieure.

Dans ce cas, il ne reste donc, comme *experimentum crucis*, que la répétition de l'administration du médicament en question et l'observation immédiate des phénomènes consécutifs, ainsi que leur disparition spontanée avec la cessation du remède.

Enfin le début fréquent du pemphigus vulgaire sur la muqueuse buccale pharyngo-laryngienne, parfois aussi nasale et les poussées exclusives sur ces muqueuses durant plusieurs mois, dans quelques cas même jusqu'à trois ans avant la première apparition du pemphigus sur le tégument externe, ainsi que dans d'autres cas l'adjonction de ce pemphigus des muqueuses au pemphigus circiné ou serpigineux, existant déjà depuis longtemps, notamment quand il occupait aussi la face interne des cuisses, les organes génitaux ou la région pubienne, ont été souvent une source d'erreurs de diagnostic, particulièrement avec la syphilis, comme aussi de maladies différentes, par exemple avec la diphtérie. Cette localisation trop peu connue du pemphigus se retrouvant dans la description détaillée du pemphigus végétant, l'auteur résumera ici, non ses caractères spéciaux, mais les caractères communs des phlycténoses nommées ci-dessus, en opposition aux affections syphilitiques corrélatives, principalement sur les muqueuses, en opposition aux plaques muqueuses et aux ulcérations.

Ce sont : 1° Leur siège superficiel, intra-épithélial ou sous-épidermique, et par suite : 2° L'absence de cicatrice ou seulement la présence de petites cicatrices tout à fait isolées, résultant de suppuration survenue, comme complication en quelques points, ou de quelques taches pigmentaires. 3° La nature du dépôt après la rupture des bulles, — membranes épithéliales simples, blanchâtres ou fibrineuses ou un peu purulentes, qu'on peut facilement détacher de la base qui n'est qu'érodée, facilement sanguinolente, — et l'inflammation des bords dont la couche épithéliale, dans les grosses variétés bulleuses, est souvent un peu décollée, bords nettement tranchés, tant qu'ils ne sont pas confluents, représentant de petits segments de cercle réguliers. 4° Le changement fréquent de leur siège (pendant l'éruption ou durant différentes poussées). 5° Sur la peau pas de polymorphie comme dans

les syphilides, plutôt au contraire la constance du même type éruptif, à l'exception seulement de l'*hydroa pruriginosa*, qui présente cependant, dans chacune de ses poussées d'ordinaire aussi seulement une ou deux formes développées du type fondamental nommé ci-dessus et qui justifie l'épithète « polymorphe » de Brocq, plutôt dans les poussées répétées, en raison de formes variables, mais toutes absolument différentes des syphilides. 6° L'observation du mode de développement. Et 7° la marche aussi bien du processus tout entier que du décours des affections locales (constamment aigu, même dans ceux qui traînent en longueur par suite de poussées consécutives). 8° Enfin les engorgements des ganglions lymphatiques manquent complètement, comme dans les variétés simples d'herpès, ou sont le siège d'une inflammation aiguë et seulement régionale, mais ne constituent pas les adénites indurées, multiples, indolentes de la syphilis.

L'auteur entre actuellement dans son thème principal, le pemphigus végétant, présenté par J. Neumann, en 1886, comme type morbide indépendant et traité, d'après son témoignage, non seulement par Hebra, Kaposi et lui-même, autrefois comme « syphilis cutanée papillomatiforme ou végétante », mais encore aujourd'hui confondu presque partout sans exception, même dans les hôpitaux de Vienne, avec la syphilis. Comme base de sa description, Köbner rapporte les trois observations suivantes :

I. — Le premier cas concernait le père d'un confrère. Il ne l'a vu que deux fois en consultation. Voici l'histoire que ce confrère a mis plus tard à sa disposition. Homme de 62 ans, de constitution faible, n'ayant jamais été malade jusqu'au milieu de juillet 1885. Après un malaise général ayant duré plusieurs jours, il survint une aphonie complète, de la dysphagie très prononcée, avec tuméfaction, rougeur et dépôt muqueux dans la région des cartilages arythénoïdes, en outre expectoration muqueuse abondante. L'aphonie céda au bout de quelques jours, mais la raucité de la voix persista ; la dysphagie, bien qu'un peu moins forte, était encore considérable, ainsi que l'expectoration qui, au bout de 10 jours environ, était mélangée de sang ; un nouvel examen montra toute la muqueuse buccolinguale dépouillée de son épithélium, mais sans dépôt ; gencives tuméfiées et recouvertes d'un enduit visqueux ; fétidité de la bouche. Langue douloureuse, difficilement mobile. Un chirurgien d'hôpital prescrivit alors comme antisyphilitique : iodure de potassium, tisane de bois sudorifiques, pulvérisations buccales de chlorate de potasse et badigeonnages avec le nitrate d'argent. Au commencement d'août, ulcérations superficielles de l'orifice nasal, sur les conjonctives bulbaires, au voisinage de la cornée, une à deux phlyctènes avec rougeur de la conjonctive du bulbe. Dans le courant du mois d'août, tuméfaction considérable des lèvres, chute de leur épithélium et croûtes brun noirâtre.

On cessa l'iodure de potassium et les boissons sudorifiques ; 4 gr. de chlorate de potasse chaque jour, outre des badigeonnages argentiques.

Fin septembre, à la suite de jeûnes religieux, aggravation notable : fièvre et affaiblissement.

Au milieu d'octobre, la maladie, par suite de l'apparition de « condylomes » à l'anus, fut de nouveau regardée comme syphilitique, on commença une cure de frictions et la décoction de salsepareille et de gaïac. *Pendant cette cure, il se produisit pour la première fois un pemphigus de la peau,* antérieurement il n'y avait eu que quelques pustules d'acné sur les épaules.

Le 24 novembre 1885, à une première consultation, le malade, très amaigri et décrépit, atteint de pemphigus foliacé presque généralisé et végétant, présentait un aspect des plus misérables. Outre des lambeaux épidermiques, semi-humides, peu adhérents sur la plus grande partie de la surface cutanée et des croûtes, ou des débris aplatis de bulles, accusés surtout autour de tous les orifices naturels, sur les paupières, où ces bulles avaient commencé autour des points lacrymaux inférieurs, de l'orifice nasal, buccal et uréthral. Sous la lèvre inférieure très tuméfiée, recouverte, comme la lèvre supérieure, de croûtes minces, fendillées, en ectropion et touchant presque le menton, se trouvait un groupe de proliférations un peu humides, larges, semblables à des condylomes plats ; mêmes lésions dans le creux de l'aisselle, entre le scrotum et les cuisses, et surtout autour de l'anus. Sur les deux conjonctives bulbaires, quelques phlycténoses. Muqueuses labiale, buccale et pharygienne presque entièrement desquamées, saignant facilement. Salivation très abondante, et fétidité repoussante de la bouche.

L'auteur prescrit, outre la cessation de l'onguent mercuriel et de la décoction de bois sudorifiques, des pulvérisations avec une solution d'acétate d'alumine, des pansements avec la pommade boriquée et la solution d'acétate de plomb sur les proliférations cutanées, une meilleure alimentation avec nourriture liquide. Dans une deuxième consultation, le 1er décembre 1885, après la diminution de la salivation, solution de Fowler (6 à 12 gouttes chaque jour).

D'après le rapport ultérieur de son confrère : « ce traitement fut bien supporté, jusqu'au milieu de janvier où il survint de la diarrhée, qui vraisemblablement ne fut pas provoquée par la liqueur arsenicale, mais par la maladie elle-même. Entre cette diarrhée et l'éruption bulleuse, il s'établit une alternance ; tant que la diarrhée persistait, il ne se produisait pas de nouvelles bulles, et les anciennes ulcérations recouvertes de croûtes avaient de la tendance à la guérison, de sorte que les surfaces malades sur le dos, l'abdomen et les bras, bien qu'il survint çà et là de nouvelles bulles aplaties, étaient guéries sub finem vitæ. Les phlyctènes des yeux, qui apparurent à trois ou quatre reprises sur les conjonctives bulbaires, jamais sur la cornée, guérirent dans l'espace d'environ quinze jours sous l'influence d'un traitement indifférent. Au bout de sept mois de maladie, la mort survint avec des symptômes d'inanition ».

II. — Le second cas concernait un négociant allemand de l'Afrique du Sud. Cet homme, âgé de 32 ans, très obèse, de constitution athlétique et d'une santé excellente, avait eu pour la première fois, il y a quatre ans (commencement de 1886), « des affections de la gorge, des vésicules blanches et des ulcères sur la langue et la muqueuse buccale ». Après différents

diagnostics on le soumit, en avril 1888 (dans la ville du Cap), à une cure de frictions, d'autant plus qu'à ce moment, à la place d'un intertrigo traité depuis 1887 (au moyen de poudres inertes) avec un résultat variable, il serait survenu des « condylomes » entre les fesses. Mais ces « condylomes » résistèrent opiniâtrément à des injections antisyphilitiques après lesquelles, en raison de nouvelles poussées dans la bouche, en 1889, on prescrivit à huit reprises 40 « blue pils » (mercure et craie). Ces condylomes ne disparurent que par des applications locales dont le malade ignore la composition. Quant à l'affection buccale pour laquelle il avait consulté Köbner en 1888 et en mars 1890, et qui consistait en quelques érosions arrondies, de l'étendue d'une lentille, de la muqueuse bucco-linguale et des arcs palatins, recouvertes d'épithelium tuméfié blanc trouble, selon l'auteur elles n'étaient à coup sûr pas de nature syphilitique. Cette affection s'aggrava en septembre 1890 et devint si pénible dans les premiers jours d'octobre, par la complication de bulles entre les cuisses, que le médecin de la famille adressa de nouveau le malade à l'auteur.

Le 7 octobre 1890, ce malade présentait sur la muqueuse de la lèvre inférieure, des joues et de la langue, de petites bulles disséminées, outre un certain nombre d'autres déjà ouvertes et recouvertes d'un épithelium gonflé blanc trouble. Mais sur les côtés du scrotum, des surfaces adjacentes des cuisses et au périnée, nombreuses bulles plus volumineuses, très tendues, qui, les jours suivants, se multiplièrent avec un prurit intense, non seulement au point de devenir confluentes, mais se transformèrent aussi en grande partie en élevures arrondies, aplaties, humides et très prurigineuses, semblables à des condylomes larges, de sorte que (après des applications d'eau blanche glacée qui ne donnèrent aucun résultat), le 14 octobre, Köbner prescrivit — en écartant toute pensée de cause syphilitique — des applications de la solution de Plenck, ensuite des bains de siège. Lorsqu'il revit le malade le 10 novembre, le médecin de la famille, n'avait pu résister à la tentation de prescrire du calomel, intus et extra, contre ces condylomes tenus maintenant pour vrais. Les néoplasies devenues de plus en plus élevées et compactes sous l'influence de ce traitement, avaient pris une extension considérable sur le scrotum et à la face interne des cuisses, en s'étendant au delà des régions inguinales jusqu'au pubis ainsi que (sans interruption) de la racine du scrotum à tout le périnée et au voisinage de l'anus. A leur périphérie et au voisinage de la racine du scrotum, quelques débris de bulles.

Le 13 novembre, l'auteur fit le raclage de toutes les néoplasies avec thermocautérisation consécutive, pansement à l'iodoforme.

Le 27, on enlève avec la curette tranchante quelques petites proliférations sur la cuisse gauche et le scrotum, repullulées au voisinage des plaies.

Le 29, on touche avec de la teinture d'iode quelques bulles anales prurigineuses, ouvertes au voisinage des parties opérées et des bulles de la langue. Ce badigeonnage des granulations exhubérantes fut répété à plusieurs reprises ; il en fut de même pour de petites bulles isolées des fesses ou de la région sacrée et des plaies de la langue. Toutes les surfaces opérées étaient, dès le 26 décembre, entièrement lisses, seulement avec cicatrices fines à coloration brun foncé.

Depuis le 20 novembre jusqu'au milieu de janvier on avait essayé souvent la solution de Fowler, qui devait être suspendue chaque fois après peu de jours en raison de l'anorexie et de la tendance à la diarrhée. Depuis lors jusqu'au 17 mars, Köbner revit le malade, auquel on avait imposé une détersion minutieuse des régions guéries.

D'après deux rapports de son médecin, du milieu de 1892, ce malade revint guéri d'un voyage autour du monde commencé dans le milieu de 1891, et la guérison s'est maintenue (rapport du15 février 1893). « Seulement dans les trois premiers mois après son départ, il serait survenu encore quelques bulles dans la bouche, sur les fesses. Depuis le milieu de 1891, malgré des séjours prolongés à plusieurs reprises dans les climats tropicaux, pendant son voyage et son établissement consécutif dans le Transvaal (Afrique méridionale) dont la température est élevée, il n'y a jamais eu une récidive. »

Si ce cas, le premier de cette rare maladie, limité exclusivement à la cavité buccale, aux organes génitaux, à la région génito-crurale et périnéale, sort des cadres de la littérature actuelle et vient s'ajouter par sa guérison au seul cas publié jusqu'à ce jour, le fait suivant représente sous tous les rapports le type modèle de cette affection.

III. — Le 16 octobre 1892, l'auteur vit, pour la première fois, une malade âgée de 45 ans, de constitution robuste, extrêmement obèse qui lui fut amenée par son médecin. Depuis janvier, à la suite, disait-elle, d'un refroidissement, elle aurait eu une inflammation de la gorge, avec déglutition douloureuse du côté gauche. Depuis mars, de temps en temps, érosions de la muqueuse buccale du même côté, que l'on attribue à des dents cariées, et qui furent badigeonnées avec une solution de nitrate d'argent. Quelques jours après une cure à Marienbad, renouvelée depuis cinq ans, consistant en une cure modérée de boisson et seize bains de boue (qui jamais ne déterminèrent de rougeurs très vives ou, qui, comme il y a deux ans, amenèrent des excoriations aux plis inguinaux), la malade prit trois bains alcalins et remarqua, vers le 23 juillet, les premières petites élevures aplaties dans le pli inguinal gauche. Vers le 20 août, élevures analogues dans le pli inguinal droit et à peu près en même temps excoriation sur le palais, dont l'épithélium se détachait ; douleurs plus vives de la gorge.

Par suite de l'augmentation des douleurs buccales, extraction de dix racines de dent le 5 et le 7 septembre. Quatre jours plus tard les « bulles » et les excoriations s'étendirent sur et sous la langue et dans toute la cavité, bucco-pharyngienne, et six jours après la dernière extraction, la malade vit une plaie purulente superficielle (vésicules ouvertes) au nombril, qui ne guérit pas malgré des attouchements répétés de nitrate d'argent, et plus tard devint saillante malgré des applications de poudre d'iodoforme. Le 21 septembre, tuméfaction de la moitié gauche de la face et de la bouche, accompagnée de fièvre pendant plusieurs jours. Sur le conseil d'un chirurgien, on frictionne avec une solution de borax pendant deux heures les petits points blancs (*Stippchen*), qu'on avait pris pour du muguet, malgré l'absence de champignons.

Plus tard, l'extension des excoriations buccales, l'apparition d'excoriations semblables dans les plis de l'abdomen, sur les grandes lèvres et sur la tête, enfin les proliférations condylomatiformes, au-dessous de la région inguinale droite, firent penser de plus en plus à la syphilis, en dépit de 23 ans d'un mariage marqué par aucun incident de santé, de la longue observation du médecin de la famille et de trois enfants entièrement sains (de 20 à 13 ans). On prescrivit, en conséquence, des pulvérisations de sublimé dans la bouche — elles ne furent supportées que quelques jours et amenèrent de l'aggravation — et de l'iodure de potassium, jusqu'au 15 octobre.

En outre, le médecin ordinaire ajouta les renseignements suivants : la malade était depuis longtemps atteinte de neurasthénie, d'hystérie avec insomnie fréquente et de gastralgie habituelle ; sa mère avait été un peu névropathe, et un frère s'était suicidé ; depuis cet événement, inquiétudes exagérées au sujet de son mari et de ses enfants. Jamais de maladies générales graves, mais troubles digestifs fréquents, dyspepsie et tendance à la diarrhée. Celle-ci ainsi que son obésité actuelle, considérable, qui s'était augmentée à chaque grossesse, auraient été améliorées constamment, mais d'une manière passagère, par plusieurs cures de Marienbad.

Köbner trouva la muqueuse buccale, palatine, linguale et pharyngienne recouverte de nombreux îlots d'épithélium gonflé, blanc grisâtre, provenant évidemment des vésicules ou des petites bulles, lesquels siégeaient sur des excoriations ou, plus rarement, les avaient déjà en grande partie mises à nu.

Excoriations semblables aux commissures buccales, entourées d'un liséré d'épithélium gris tuméfié. Salivation modérée. Orifices des fosses narines obstrués par des croûtes ; une plaque semblable, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, sur le milieu de la tête ; sur le nombril et au-dessous, mais surtout dans les replis abdominaux, ainsi qu'au-dessous d'eux, sur les organes génitaux, le clitoris, la moitié supérieure des nymphes, nombreuses excoriations arrondies, isolées ou confluentes, les unes recouvertes ou entourées d'épithélium blanc grisâtre, les autres, rouge foncé. Les excoriations du nombril et des replis abdominaux sont envahies par des végétations. La grande et la petite lèvre du côté droit sont ulcérées superficiellement. A la face interne de la cuisse droite, très près du pli inguinal, proliférations semblables à des condylomes larges, rouge brunâtre, sur une étendue de 7 centim. de long sur 3 de large. Le bord inférieur est entouré d'épiderme ramolli, frangiforme, mais non humide. Sur la face antérieure de la cuisse gauche, cinq excoriations arrondies, en chapelet, de la dimension d'une lentille, en partie recouvertes de végétations.

Pour Köbner, il s'agissait là d'un pemphigus végétant, en dépit de l'affirmation de son confrère que ni lui ni le chirurgien, n'avaient jusqu'à ce moment jamais vu de bulles, avec pronostic très grave, bien que l'état général fut encore satisfaisant. De plus le foie était hypertrophié et le cœur atteint de dégénérescence graisseuse.

L'auteur prescrivit à l'intérieur six à neuf gouttes chaque jour d'une solution à 1 p. 100 d'arséniate de soude, une solution de tannin pour rincer la

bouche, un mélange de dermatol et de talc pour poudrer les plaies et proliférations de la peau.

Jusqu'au 26 octobre, la malade n'avait pris que 0,06 d'arséniate de soude qui avait déterminé des nausées, on le remplaça alors par l'acide arsénieux, à la dose de 3 milligr. par jour. Localement, badigeonnages iodés ; mais la teinture d'iode, même très étendue (4 fois), était si douloureuse qu'on ne pouvait renouveler les applications que tous les 4 ou 5 jours. Jusqu'au commencement de décembre, il se développa d'innombrables proliféràtions, très confluentes, condylomatiformes, sur tout l'hypogastre jusqu'à la symphyse et les grandes lèvres. La face interne des deux cuisses était le siège de proliférations semblables, très étendues, en bourrelets à leur périphérie, assez nettement tranchées et à limites arciformes. Sur la face antérieure de la cuisse gauche, un groupe de tumeurs plus aplati, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, séparé du groupe principal par une traînée étroite de peau saine.

Toutes ces proliférations étaient en partie recouvertes d'un dépôt visqueux, gris ou jaune gris, et sécrétaient un liquide abondant extrêmement fétide. Les deux lèvres et l'entrée du vagin étaient le siège d'érosions nombreuses et très douloureuses, par contre une grande partie de celles siégeant dans la cavité bucco-pharyngienne s'était cicatrisée peu après le commencement du traitement, de sorte que la nutrition était facilitée. Çà et là il était survenu de nouvelles érosions, ainsi que de nouvelles croûtes dans le nez, et une deuxième petite plaie croûteuse sur le milieu de la tête. Comme la malade ne supportait chaque jour que 2 milligr. d'acide arsénieux jusqu'au 18 novembre, à cause de la diarrhée, on n'avait employé en somme que 0,035, le médecin de la maison fit, à partir du 24 novembre, des injections avec la solution phéniquée d'arséniate de soude de Köbner (arséniate de soude : 0,1, eau distillée bouillie : 10 gr., acide phénique : 0,15), chaque jour une demi-seringue Pravaz à une seringue entière ; en même temps, à l'intérieur, vin de quina ferrugineux.

Le 3 décembre, on transporta la malade dans une maison de santé et on fit, pendant la narcose, avec la teinture d'iode pure, un badigeonnage énergique et répété de toutes les surfaces de prolifération, de la vulve jusqu'au périnée, en outre de tout le vagin, ainsi que de la muqueuse buccolabiale.

Le 5, le pansement aseptique, très imbibé par la sécrétion, fut détaché dans un bain continu, dont on fut obligé de faire sortir la malade au bout de deux heures et demie à cause d'une forte congestion de la tête et de la face avec coloration un peu cyanosée (poudrage avec le dermatol). Elle éprouva aussi peu après le bain des contractions cloniques des bras et des jambes ; après une dose de sels bromiques, elles disparurent rapidement et ne revinrent pas (hystérie).

Les jours suivants, on toucha alternativement avec la teinture d'iode la muqueuse buccale et les proliférations des cuisses, ainsi que celles de la moitié inférieure de l'abdomen.

Le 10, deux petites bulles de pemphigus sur le sternum, entre les seins. En raison de la trop grande lenteur avec laquelle s'affaissaient les surfaces en bourrelets et de la nécessité de badigeonnages iodés fréquents, on

pratiqua le 12, la malade étant dans la narcose, le raclage avec la curette de toutes les proliférations des deux cuisses, des plis inguinaux et en dessous et après on cautérisa avec le thermocautère les plaies et les érosions de la vulve et de l'entrée du vagin, par contre on se borna à toucher avec la teinture d'iode les régions hypogastrique et pubienne.

Le 14. Sécrétion très abondante des plaies de l'abdomen, tandis que les eschares sont partout sèches. Le prurit est sensiblement plus faible, excepté à la vulve dont les plaies sont recouvertes d'huile mentholée à 2 p. 100. On touche avec l'iode alternativement les nombreuses petites bulles des orifices du nez et les excoriations de la cavité buccale, des lèvres et du cuir chevelu.

Le 16. Les eschares commencent à se détacher, au-dessous d'elles îlots évidents d'épiderme.

Le 19. Il ne reste plus d'eschares et à leur place, il n'y a presque pas de sécrétion, tandis que la peau de l'abdomen sécréte abondamment.

Apparition de nouvelles bulles sur la cuisse droite près de la partie opérée, au-dessous de la vulve et sur le thorax. Nouvelles poussées sur le cuir chevelu. Dans cette période il n'est pas survenu de fièvre depuis le 3 décembre. La température s'est constamment maintenue entre 36,6 et 37°. Malgré cette température, une alimentation très fortifiante, l'état normal des urines, amaigrissement très considérable. Du 21 au 23 décembre commença une fièvre modérée ; badigeonnages iodés des fosses narines, de la bouche et de l'abdomen ; pansement avec une solution d'acétate d'alumine à 2 p. 100 des régions opérées.

De nouveau injection d'arséniate de soude.

Le 26. Nouvelles petites bulles sur le pouce droit, la paume des mains et la plante des pieds, le nombril. Le 28, poussée bulleuse sur le bord de la plaie de la cuisse droite et du nombril, l'orteil gauche, l'oreille externe et à l'orifice du conduit auditif du même côté. Pendant cette période éruptive, la température s'éleva graduellement de 36°,8 à 38°,4. Depuis le 27 décembre, on n'injecte qu'un quart de seringue de solution arsénicale.

A partir du 31 décembre jusqu'à la fin de la vie, fièvre légère continue ; pouls constamment plus accéléré que ne le comportait la température, jusqu'à 120°.

Du 5 au 8 janvier, développement rapide de nouveaux et nombreux bourrelets boutonneux le long et à l'intérieur de la périphérie des plaies de cautérisation de la cuisse ; badigeonnages avec la teinture d'iode, ainsi que des plaies de l'abdomen. Lavages, avec une solution de chlorure de chaux à 1 p. 100, du cuir chevelu en partie recouvert de croûtes, en partie excorié après la rupture des bulles, très humide et extrêmement fétide.

Le 11. Le côté gauche de la jambe, les excoriations vulvaires, périnéales et interfessières sont pansées avec une solution d'alumnol ; sur toute la partie excoriée de la tête, application pour la première fois d'une solution de trichlorure d'iode à 1 p. 1000.

Le 14. Infusion de condurango en raison d'un catarrhe gastro-intestinal. Pas de réaction d'iode ni dans les urines, ni dans les matières

fécales, malgré les badigeonnages de la cuisse gauche et de l'hypogastre avec la teinture d'iode.

Jusqu'au 25, la partie antérieure de la tête s'était presque complètement cicatrisée sous l'influence du trichlorure d'iode, occiput très amélioré, par contre les jambes et l'abdomen traités par l'alumnol répandent une odeur fétide.

Du 25 au 31, lavages avec la solution de chlorure de chaux, ensuite avec de l'eau chaude et après, pansement avec le trichlorure d'iode. L'urine du matin, rare, très rouge foncé, en comparaison de la soif et de l'abondance de la boisson, ne contenait le 26 janvier, avec un poids spécifique de 1024, ni sang, ni matière colorante de la bile ou hémato-porphyrine, ni trace d'albumine ou d'albumoses, par contre des proportions considérables d'urobiline, rose urinaire, peptone, acétone, en outre un peu d'acide diacétique, des quantités considérables d'acide urique et d'urate de sodium, mais aucune espèce de sucre, qui se trouvaient dans le sédiment sans éléments figurés provenant des reins, et de faibles proportions d'indican. Même résultat dans l'urine du matin du 31, seulement moins d'urates (poids spécifique 1021).

Du 26 janvier au 13 février, lorsque l'auteur revit pour la première fois la malade, le tableau morbide s'était considérablement modifié. Les surfaces ulcérées du bas ventre et des deux cuisses qui, depuis le 1er février, étaient uniquement pansées avec le trichlorure d'iode étaient presque complétement guéries en laissant des surfaces brun foncé, tout à fait lisses et sans cicatrices, la muqueuse bucco-nasale était rétablie à ce point que la malade pouvait depuis longtemps dormir la bouche fermée et n'avait plus besoin de mouiller si fréquemment la langue désséchée. Seulement depuis le 1er février il était survenu de nouvelles bulles dans la région sacrée, les jours suivants sur tout le dos jusque sur les épaules; par suite de leur confluence et de leur rupture, érosions très étendues, en général limitées par de nombreuses lignes arciformes, outre quelques autres érosions de dimensions variables ; sur le sacrum, depuis le 9, décubitus. Sur le côté antérieur de la cuisse, au-dessous des végétations guéries, quelques érosions nouvelles, arrondies; il en est de même sur la face interne des nymphes et du clitoris, dont le prurit et la sensibilité, malgré des applications d'huile phéniquée, contribuaient à troubler le repos de la nuit qui n'était possible qu'avec des hypnotiques.

Depuis le 11 février on avait abandonné les applications de trichlorure d'iode tout autour de l'eschare du décubitus et partout poudrage avec du dermatol.

Dans l'urine examinée le 12, on trouve, outre de nombreuses bactéries, peu de corpuscules de pus et de réaction alcaline (cystite commençante), une grande quantité d'acide hydrosulfurique. Plus de trace d'acétone ni de peptone.

Le 24 L'urine a une réaction acide et contient une proportion très considérable de bactéries, un certain nombre de corpuscule de pus et de nouveau un peu d'urobiline, mais plus de $H^2 S^2$, ni peptone ni acétone. Voix légèrement rauque.

Le 27. Nouvelles bulles sous la langue et sur son bord droit, ainsi que

sur l'arc glosso-palatin du même côté. Badigeonnage iodé; quant au décubitus, on y applique pour la première fois du trichlorure d'iode. On touche toutes les excoriations de pemphigus du dos et des jambes avec la pierre, les jours suivants avec une solution argentique à 20 p. 100.

A partir du 6 mars, fièvre de 38°,4 à 38°,6 ; dans la nuit du 9 mars, délire passager qui augmenta les nuits suivantes.

Le 10. Commencement de la diarrhée finale ; diminution de l'ouïe, de l'intellect.

Augmentation de la dysphagie, toux fréquente, dépression des forces, perte complète de connaissance, mort le 16 mars.

L'Autopsie, faite le lendemain par le professeur Pfeiffer, donna les résultats suivants : cadavre encore très obèse, cœur adipeux (épaisseur de la paroi du ventricule droit 2 à 3 millim., du gauche pas tout à fait 1 centim.). Athérome de l'aorte. Adhérences et cicatrices de tubercules pulmonaires du côté gauche. Œdème des poumons. Foie adipeux. Dégénérescence graisseuse des reins. Taches hyperhémiques de la muqueuse gastrique et vésicale. Sur la face linguale et laryngienne de l'épiglotte, plusieurs érosions atteignant jusqu'à la dimension d'un pois, provenant de bulles, de même sur la trachée; sur chaque corde vocale, près le cartilage arythénoïde, un ulcère aplati, légèrement dentelé, de la dimension d'une lentille. Ulcérations tout à fait superficielles, disséminées, sur le cuir chevelu, le dos, les membres. Décubitus du sacrum.

Les cas actuels, dont le premier, correspondant à un individu faible, prit la marche plus rare du pemphigus foliacé végétant, les deux autres, celle plus habituelle du pemphigus serpigineux, ont ceci de commun que leur point de départ était sur la muqueuse pharyngienne ou buccale. Ce n'est qu'après un temps plus ou moins long, plusieurs mois jusqu'à 4 ans (cas II), que des bulles apparurent sur la peau, lesquelles laissèrent en partie, après leur rupture, des excoriations à guérison lente, notamment sur les points comprimés comme l'occiput, le dos, et s'étendirent souvent pendant la cicatrisation centrale ou unilatérale par suite de soulèvement bulleux à la périphérie. Aux sièges de prédilection : régions inguinale, génito-crurale, pubienne, partie inférieure de l'abdomen, régions périnéo-anale et axillaire, nombril, dans le premier cas aussi dans le sillon sous-labio-mentonnier, par conséquent sur les surfaces de contact réciproque de la peau (1), la base des bulles mise à nu montrait de bonne heure, cinq ou six jours après leur rupture (2), la transformation caractéristique en élevures

(1) Dans le cas de Haslund (*Hops. Tidende*, 1891, 5 et 6), remarquable par son étiologie unique et dans un de ceux de Neumann, mais aussi sur les mains et le cuir chevelu, de telle sorte que la chaleur humide des surfaces de contact n'est pas la seule cause de leur développement.

(2) Il faut signaler cette prolifération rapide et commençant immédiatement après comme une des conditions essentielles pour faire du pemphigus végétant une variété spéciale contrairement à l'objection de Kaposi affirmant que tout pemphigus chronique peut présenter accidentellement de semblables proliférations sur les

commençant au centre. Ces élevures, par leur rapide développement en largeur et en hauteur, formaient bientôt des proliférations groupées, confluentes, mamelonnées, semblables à des condylomes larges, lesquelles étaient limitées par une aréole excoriée, et autour de celle-ci d'ordinaire encore par une saillie épidermique serpentine, bulleuse ou en forme de collerette.

Dans ce développement les cas de l'auteur concordent avec les mieux observés de cette maladie et qui, selon lui, présentent toujours cette même série de phénomènes. Les données divergentes ne reposent probablement que sur des renseignements recueillis plusieurs mois après chez des malades peu attentifs.

Ceci rattache déjà le pemphigus végétant au pemphigus vulgaire qui, ainsi que Köbner l'a déjà fait remarquer, commence, d'après les observations d'autres auteurs et les siennes propres, sur les mêmes régions muqueuses avec une fréquence encore insuffisamment connue, et peut éclater des semaines, des mois et même trois ou quatre ans exclusivement sur ces points ou sur les muqueuses avoisinantes (larynx, nez), avant l'apparition des premières bulles sur la peau (1).

Mais en outre, dans le premier et surtout dans le troisième cas, les poussées bulleuses qui suivaient la période d'apparition des proliférations condylomatiformes dans les régions ci-dessus nommées, absolument comme dans les cas les mieux décrits d'auteurs antérieurs (J. Neumann, Marianelli, Haslund, etc.), étaient dans leur aspect, leur marche et leur expansion générale, complètement identiques avec le pemphigus ordinaire (dans le premier cas avec le pemphigus foliacé). Aussi comprend-on difficilement pourquoi C. Müller repousse comme inexacte la subordination (établie par Neumann) de cette maladie au pemphigus « en raison de sa localisation régionale » et déclare comme scientifiquement plus exacte la dénomination, proposée par Unna, d'érythème bulleux végétant.

Selon Köbner, cette dernière dénomination n'est pas justifiée, il est préférable, pour éviter toute confusion, de ne pas l'employer, parce que,

surfaces de contact ; comparez, toutefois, les autres régions citées dans la note 1. La réplique de Neumann dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet (Société des médecins de Vienne, séance de janvier 1886, *Wiener med. Presse*, 1886, 3) était également très juste. Il disait que des proliférations, qui arrivent çà et là accidentellement dans le pemphigus ordinaire, ne deviennent que des papillomes minces et isolés, mais ne ressemblent pas à des condylomes larges confluents.

(1) Une quatrième observation que l'auteur a pu faire ultérieurement à cette communication, sur une malade d'environ 50 ans provenant de la clientèle d'un confrère, l'a confirmé dans cette manière de voir. Après une dysphagie survenue d'une manière primaire (on avait supposé une angine) il n'y avait eu, pendant environ quatre mois, que des « taches blanches et des bulles dans la bouche et sur les lèvres » et plus tard seulement les proliférations et des bulles sur la peau. Ce cas était absolument semblable à son troisième cas *usque ad finem*.

premièrement, des cas d'érythème multiforme avec exsudation très abondante ont été déjà désignés sous le nom d'érythème bulleux (entre autres par Besnier). Et en second lieu, avant tout, en effet, et d'après le troisième cas, observé très exactement, ainsi que dans le deuxième, jamais il ne survint, comme dans le cas d'Unna, comme premier symptôme « un érythème érysipélatiforme nettement circonscrit, qui, dans une à deux fois 24 heures, pouvait prendre la dimension de la paume de la main, et qui, ensuite, ou déjà plutôt, restait stationnaire. Sur cet érythème apparurent les jours suivants des bulles irrégulièrement disséminées, plus au centre que sur le bord, elles se desséchèrent spontanément au bout de quelques jours ». Aucun des trois observateurs de la dernière malade n'a vu une seule fois un semblable développement de bulles. Celui-ci se produisait bien plutôt d'une manière imperceptible, rapidement, avec de petites ou de grosses bulles sans période préinflammatoire. Même après le trouble du contenu des bulles, il ne survenait pas de rougeur inflammatoire périphérique notable. La température n'était d'ordinaire un peu élevée qu'avant et pendant l'éruption de bulles nombreuses. L'état général souffrait du trouble de la nutrition dû aux violents malaises occasionnés par l'alimentation, le prurit pénible, surtout la nuit, des bulles, des excoriations et des tumeurs, notamment sur les organes génitaux et tout autour, sans doute aussi sous l'influence de l'abondante exsudation de toutes ces excoriations, de sorte que les forces diminuèrent de bonne heure.

L'apparition de nouvelles bulles autour et principalement au-dessous de bulles déchirées, comme on l'a vu chez notre deuxième malade, au scrotum, à la face interne des jambes, aux fesses; chez le troisième, au-dessous des grandes lèvres, ainsi qu'autour des groupes de prolifération qui s'étendaient d'une manière serpigineuse ou à côté desquelles surgissaient des foyers nouveaux, plus petits, de prolifération, faisait l'impression d'une infection voisine directe. Si on examine à ce point de vue d'autres descriptions, on trouve que, par exemple, dans le premier cas de Neumann, les premières bulles évidentes apparurent à la face interne du bras, à une faible distance du creux axillaire envahi tout d'abord par une prolifération.

C. Müller rapporte que, après des inoculations « des bords de quelques proliférations condylomateuses et du contenu des bulles d'autres régions chez le malade d'Unna, il survenait, en général, le deuxième jour, autour du point d'inoculation, une rougeur érythémateuse de la dimension de l'ongle, qui augmentait rapidement les jours suivants ; quelquefois il se produisait rapidement des bulles sur ces points d'inoculation, dont d'ailleurs des badigeonnages avec la teinture d'iode arrêtaient complètement le développement ultérieur ».

En réalité, ce n'était que la peau déjà très atteinte de cette maladie

qui réagissait de la sorte ; chez les personnes bien portantes on n'a observé ni inoculation ni contagion accidentelle.

Les efforts de l'auteur pour constater la présence directe d'un agent infectieux ont été négatifs. Le Dr Strelitz avait, il est vrai, porté, le 30 décembre 1892, deux bulles presque de la grosseur d'une noisette avec contenu clair provenant de la dernière malade (après désinfection la plus complète de son épiderme) du sérum sur de l'agar, gélatine et bouillon avec production de nombreuses colonies de cocci, mais elles ne se présentèrent que sous forme du staphylocoque aureus, dont l'inoculation sur les muqueuses de la lèvre inférieure et du vagin de cobayes fut du reste sans résultat. Les cultures faites par le professeur Pfeiffer avant la nécropsie avec le liquide du péricarde, du sang provenant du ventricule gauche et le caillot d'un vaisseau pulmonaire, ainsi qu'avec un fragment de poumon, restèrent stériles. Enfin des coupes et des fragments de peau pris en partie pendant la vie (durant la narcose avant l'opération) au bord des proliférations de la région du bas-ventre, en partie avant la nécropsie d'excoriations consécutives à des bulles, ne montrèrent aucuns micro-organismes. Comme Marianelli, qui ne put cultiver des bulles de son malade que du staphylocoque aureus ; du sang, rien ; des fragments de peau excisés dix heures après la mort que du staphylocoque aureus et albus, dont l'inoculation sous-cutanée chez un lapin ne produisit qu'un abcès, — de même l'auteur ne peut attendre une preuve positive que de recherches bactériologiques à venir.

En effet, dans le sens de cette étiologie, Köbner indique précisément tout le développement et toute l'évolution de cette maladie, mortelle dans la plupart des cas dans l'espace de trois à sept mois — à l'exception de son deuxième cas et du cas d'Unna. La troisième malade de Köbner montre, d'une manière évidente, que des lésions de la muqueuse buccale, même quand il n'y a d'abord qu'un début faible et imperceptible de l'affection, peuvent avoir une expansion bien plus considérable. Cette malade constata, en effet, une si rapide extension de son affection, d'abord dans la cavité buccale, bientôt aussi d'ailleurs, après l'extraction des chicots de dent, qu'elle accusa le dentiste de lui avoir communiqué une infection grave.

La malade d'Haslund s'était enfoncée un éclat de bois sous l'ongle d'un doigt ; huit jours plus tard il se produisit une suppuration sous cet ongle ; six semaines après, gangrène superficielle de la peau de la pointe du doigt ; paronychie à l'autre doigt indicateur et aux deux orteils médians ; quatre jours après, bulles dans la bouche et sur les grandes lèvres. La maladie eut une évolution fatale également sept mois après la blessure avec proliférations typiques — dans ce cas aussi sur le dos des mains et le cuir chevelu — et les résultats de l'autopsie concordèrent complètement avec ceux de l'auteur.

Quant aux lésions anormales, absolument inconstantes, trouvées dans le système nerveux (dans la moelle par Ehrmann, sur le ganglion cervical supérieur du sympathique par Marianelli), Köbner les regarde comme des manifestations secondaires, consécutives à l'intoxication par un virus bactérien probable. Il semble, selon Köbner, qu'il y a en tous cas une espèce d'intoxication qui serait prouvée aussi bien qu'expérimentalement par les observations accidentelles de toxidermies bulleuses avec prolifération consécutive de végétations analogues à de petites verrues acuminées (condylomes acuminés) provenant de la base des bulles (Trafesnikow) ou de celle de cicatrices récentes (Hallopeau) après l'emploi de l'iodure de potassium. Il ne faut sans doute considérer que comme symptôme d'une inanition prononcée l'augmentation de l'excitabilité des réflexes tendineux indiquée dans trois cas de Neumann.

Au point de vue du diagnostic, il faut remarquer spécialement, en opposition aux condylomes larges confluents : 1° une rapidité de développement des proliférations provenant des bulles telle qu'elle a complètement échappé à maints bons observateurs, comme dans le troisième cas de Köbner, particulièrement si pendant des semaines il ne se produit absolument pas de nouvelles bulles sur le corps. Avec un semblable état, l'affection de la muqueuse bucco-pharyngienne est toujours un guide; 2° le prurit intense ou les sensations lancinantes dans les proliférations; 3° la présence à leur périphérie d'un cercle de bulles ou d'une collerette épidermique onduleuse comme débris de ces bulles ; 4° l'absence partielle d'épiderme sur les proliférations (remarquée déjà par Neumann), par suite elles apparaissent comme pointillées, parfois aussi tout à fait excoriées ou nécrosées superficiellement, en opposition au dépôt uniforme qui se trouve quelquefois sur les condylomes larges; 5° l'évolution et les phénomènes concomitants de ces proliférations qui s'étendent toujours de plus en plus pendant des mois et se propagent sur les différentes régions indiquées, tandis que les condylomes simplement par la propreté sont plutôt susceptibles d'une régression spontanée. En face des symptômes concomitants de ces proliférations, il y a avant tout d'autres symptômes syphilitiques qui existent d'ordinaire à côté de ces derniers ; 6° l'action excessivement nocive des mercuriaux et des sels iodiques, qui aggravent beaucoup la maladie buccale, de même que l'affection de la peau ; (spécialement après l'iodure de potassium chez une quatrième malade vue par Köbner dans les dernières semaines, il survint des centaines de bulles sous l'influence de ce médicament).

On peut aussi, pour le diagnostic différentiel, tenir compte de l'examen histologique des proliférations.

Sous le stratum corné et granuleux intact, on voit, comme l'auteur l'a trouvé en concordance avec Neumann, Marianelli et notamment

avec C. Müller, le réseau de Malpighi aussi bien dans sa partie horizontale que dans ses dépressions interpapillaires, en comparaison avec les parties normales du bord, en prolifération sous forme de prolongements ou de massues 5 ou 6 fois aussi longs et aussi épais, les cellules épineuses prises isolément en voie de division multiple. Dans les couches supérieures, dont les espaces interépineux sont élargis, et notamment dans les prolongements les plus larges, elles sont disposées en partie comme dans les néoplasmes épithéliaux malins. Çà et là les coupes contiennent des follicules pileux élargis remplis de lamelles cornées et les glandes sébacées y afférentes.

Dans le réseau et le plus souvent bien au-dessus, près du stratum corné, il y a des nids isolés arrondis ou ovales de cellules rondes qui font l'impression de petits abcès, entourés de cellules épineuses en dégénérescence et qui par leur rupture provoquent à la surface les points humides signalés ci-dessus. A partir d'eux et en descendant jusque dans le corps papillaire, des cellules migratrices sont visibles plutôt sous forme de traînées étroites entre les cellules épineuses bien conservées. Les papilles sont hypertrophiées, correspondant à la direction et à la forme des prolongements du réseau, dans un sens et à des hauteurs très différentes, elles sont très longues et très grêles, ou acuminées en haut, larges ou foliacées en bas, leur tissu plus encore que tout le derme œdématié est très transparent, de sorte que les cellules fixes de tissu conjonctif ressortent plus nettes et en grand nombre. Tous les vaisseaux sanguins et lymphatiques du corps papillaire sont très dilatés, les derniers débouchent directement sous la limite de l'épithélium dans les lacs lymphatiques, les premiers moins dans les papilles elles-mêmes que dans leur réseau sous-papillaire infiltré par des traînées larges de cellules rondes, qui seulement ici traversent le tissu conjonctif loin des vaisseaux très engorgés et suivent en traînées plus minces les ramifications de communication au réseau plus profond du derme, ainsi que celui-ci lui-même, sans s'étendre ici dans le tissu. A la partie inférieure du derme et dans le tissu sous-cutané, les lumières de quelques vaisseaux, artères et veines, si notablement ectasiées et seulement recouvertes d'endothélium dans les papilles, sont rétrécies d'une manière frappante par des proliférations de la membrane interne, qui produisent des couches restreintes ou souvent concentriques de tissu conjonctif de nouvelle formation (artérite et phlébite oblitérante). Les glandes sudoripares présentent des épithéliums gonflés par suite d'œdème et irrégulièrement proliférés en quelques points jusqu'à remplir la lumière des anses hypertrophiées, leurs conduits excréteurs offrent une cuticule tuméfiée et par places des dilatations considérables en forme de cavités.

Quoi qu'on ne puisse pas donner l'interprétation diagnostique de ce tableau histologique d'une manière aussi absolue que C. Müller,

qui prétendait reconnaître par celui-là seul constamment et facilement le pemphigus végétant, après que Du Mesnil a décrit depuis presque un état identique dans l'impétigo herpétiforme en prolifération, l'auteur le regarde cependant comme suffisant par rapport aux condylomes larges et aussi acuminés, consistant également en grande partie en une prolifération épithéliale très prononcée.

Au point de vue de la thérapeutique, dans le cas II, Köbner a obtenu un bon résultat du raclage énergique et pratiqué de bonne heure, essayé pour la première fois, de toutes les proliférations avec thermocautérisation consécutive, bien entendu avec attouchement ultérieur avec la teinture d'iode de chaque papule, quelque petite qu'elle fût, se développant sur la plaie ou sur son bord. Dans le cas III, cette méthode s'est de nouveau montrée comme propre à détruire avec rapidité et localement des surfaces proliférées très étendues et ensuite la teinture d'iode a été efficace, quoiqu'il ait fallu des applications très fréquentes et qu'elles fussent très douloureuses. Mais en ce qui concerne la teinture d'iode, malgré le courage héroïque de la malade que, en raison de l'état gras de son cœur, il était impossible de soumettre comme celle d'Unna, dans l'espace de 3 à 4 mois, à plus de 100 narcoses par le chloroforme, l'espoir d'Unna, que ce « spécifique » serait propre à mieux constater désormais le pronostic du pemphigus végétant, ne s'est pas confirmé. Malgré la guérison absolument lisse avec pigmentation foncée des surfaces de prolifération et de nombreuses bulles, aussi des muqueuses, la maladie dans son ensemble, c'est-à-dire la cachexie, fit des progrès.

L'arsenic, à l'intérieur ou en injections sous-cutanées, n'a eu aucune influence. Des nombreux topiques employés comme succédanés de la teinture d'iode, parmi lesquels l'alumnol, ont été tout à fait inefficaces, le dermatol, sans aucune propriété antiseptique et dont l'action siccative n'est pas plus accusée que celle du sous-nitrate de bismuth ou d'autres poudres bien meilleur marché, Köbner a trouvé que le trichlorure d'iode (en solution à 1 p. 1000) était le plus efficace.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Gonocoques. — Lantz. Nouveau procédé de coloration du gonocoque. (*Meditzinskoïé Obozrenié*, 1893, 22.)

L'auteur a trouvé un procédé qui permet de reconnaître la présence des gonocoques là où les procédés habituels ne permettent pas de les distinguer.

La lame avec un peu de pus blennorrhagique est mise pendant une demi-minute ou une minute dans une solution aqueuse d'acide trichloracétique à 20 p. 100, puis lavée, séchée avec du papier à filtre et fixée en chauffant légèrement la lame; puis on la place dans une solution de bleu de méthy-

lène pendant deux à cinq minutes; on la lave ensuite à l'eau, on la sèche et inclut dans du baume de Canada. Pour la coloration double, on emploie la solution aqueuse faible d'éosine. Les gonocoques sont colorés ainsi en bleu foncé et tranchent sur le bleu clair des noyaux et les cellules à peine colorées en bleu. Sous l'influence de l'acide trichloracétique les noyaux et les cellules deviennent transparents, ce qui rend les gonocoques facilement reconnaissables. La préparation peut être conservée longtemps sans que la matière colorante s'altère. L'auteur a assez souvent trouvé des gonocoques dans l'intérieur des *noyaux* des cellules (dans les uréthrites aiguës et récentes). S. Broïdo.

Blennorrhagie : épididymite. — E. Rollet. Pathogénie et traitement de l'épididymite blennorrhagique. (*Semaine médicale*, n° 29, 1894, p. 229.)

Dans la première partie de ce travail, M. Rollet passe en revue les diverses théories qui ont été émises sur l'épididymite blennorrhagique. Écartant celles de la sympathie et de la métastase, il expose la doctrine anatomo-pathologique et la théorie de Sappey, d'après laquelle l'inflammation suivrait la voie lymphatique pour produire l'épididymite. Ces deux dernières n'en font qu'une : il s'agit toujours, dans l'une ou dans l'autre, d'une infection de proche en proche plus ou moins profonde, c'est-à-dire muqueuse ou sous-muqueuse. Les adversaires de cette doctrine, peu nombreux du reste aujourd'hui, s'appuient pour la rejeter sur les cas d'intégrité apparente du canal déférent, constatée cliniquement dans l'épididymite. Mais cette intégrité est, en réalité, très rare ; M. Rollet fait remarquer que chez deux malades de la clinique de M. Gailleton, il vient de constater la participation à l'inflammation de toute l'étendue des canaux vecteurs du sperme. Du reste, les études de laboratoire démontrent que, s'il y a sur quelques points intégrité apparente, clinique du conduit, celui-ci n'est pas indemne histologiquement, et que des interruptions analogues se rencontrent dans les lésions métro-salpingiennes ou vésico-urétéro-rénales. L'épididymite n'apparaît que lorsque l'urèthre postérieur est envahi : si celui-ci est infecté dès le début de la blennorrhagie, ce qui est assez fréquent, l'épididymite pourra être précoce.

Au point de vue bactériologique, quel est l'agent pathogène qui détermine l'épididymite ? est-ce l'agent spécifique de la blennorrhagie, le gonocoque ou les toxines qu'il sécrète ? s'agit-il d'une autre diplocoque ou au contraire d'une infection secondaire ou d'une infection mixte ? Si l'on en croit les récents travaux de MM. Éraud et Hugounenq, ce rôle serait dévolu à un microbe différent de celui de la blennorrhagie, à l'orchiocoque, micro-organisme spécifique de l'épididymite. Celui-ci vivrait en saprophyte dans un grand nombre d'urèthres normaux ou malades, on le trouverait abondamment dans certains pus blennorrhagiques. Quand il est absent, l'épididymite ne se développe pas, mais sa présence ne suffit pas pour affirmer que l'épididymite fera son apparition. L'orchiocoque, d'après les recherches de MM. Éraud et Hugounenq, sécrète dans les bouillons de culture une toxine de la classe des peptones, qui a une action pathogénique remarquablement élective sur le testicule. En outre, ces auteurs

ont constaté qu'au cours de l'épididymite et surtout au début, les urines, débarrassées de mucus et de toute trace de matière albuminoïde, présentaient une déviation lévogyre de cinq à dix fois plus forte que les urines normales.

Le traitement de l'épididymite blennorrhagique doit être avant tout prophylactique : les lavages vésicaux sans sonde constituent la méthode de choix. Le permanganate de potasse suivant la méthode de Janet donne de bons résultats, mais cet agent ne paraît pas, à M. Rollet, être un médicament idéal de la chaude-pisse ; d'autres peuvent être employés avec plus de succès ; quant à lui il emploie le gallobromol à 40 p. 100, lequel provoquant une desquamation indolore de l'épithélium est particulièrement indiqué dans les formes douloureuses.

Si l'épididymite est déclarée, il ne faut pas interrompre les grands lavages du canal ; contre la complication, employer le salicylate de soude, 6 gr. par vingt-quatre heures, ou, suivant d'autres auteurs, la teinture d'anémone pulsatile. Mais l'action de ce dernier médicament est plus incertaine et moins rapide que celle du premier. Quant à la médication externe, c'est surtout à la réfrigiration par la glace ou au moyen du stypage que l'on doit s'adresser, ou bien utiliser l'effet analgésiant du gaïacol, et faire porter un suspensoir ouaté caoutchouté. L. Perrin.

Blennorrhagie : orchite. — Professeur Fournier. Traitement de l'orchite. (*Bulletin médical*, n° 4, 1894, p. 37.)

M. Fournier fait remarquer que l'on pourrait faire un gros volume, rien qu'avec la seule énumération des méthodes curatives qui ont été préconisées pour le traitement de l'épididymite blennorrhagique. Avec n'importe lequel de ces moyens on a guéri cette affection, ou pour mieux dire on l'a laissé guérir. Aussi le bon sens comme l'expérience ont-ils conduit l'immense majorité des praticiens à n'employer que le traitement le plus simple, qui consiste : au repos, à l'immobilisation de l'organe malade, à l'applicatien de topiques émollients quelconques, enfin à des bains généraux et à quelques laxatifs. On ne devra lever le malade qu'après la chute complète des phénomènes inflammatoires et la disparition de la douleur. A ce moment, il pourra remplacer le lit par la chaise longue ; il marchera peu, d'abord, puis progressivement il peut reprendre ses occupations et sa vie ordinaire, en ayant soin de porter un suspensoir ouaté jusqu'au jour où le petit noyau induré aura à peu près disparu.

Quelques symptômes peuvent, par leur exagération ou leur prédominance, donner lieu à des indications spéciales. Contre la douleur et l'inflammation exagérées, les émissions sanguines locales : douze à quinze sangsues, jamais moins, au niveau du cordon et sur le trajet du canal inguinal. La glace dans une vessie rend des services analogues ; ce moyen héroïque pour calmer la douleur doit être continué sans interruption jusqu'à ce que la douleur ait cédé d'une façon complète. Il y a des orchites névralgiques rebelles à ces topiques, il convient de compléter leur action par des lavements laudanisés ; c'est dans ces cas que l'on a préconisé le salicylate de soude, l'antipyrine, le chloral, l'anénome pulsatile. Si la douleur résulte d'une distension exagérée de la vaginale due

une hydrocèle considérable et suraiguë, ponction évacuatrice, presque capillaire. Quant à la compression, même la plus perfectionnée (ouate et bandage compressif dextriné, bandelettes de diachylon, suspensoir à resserrement, etc.), elle est le plus souvent mal supportée ; M. Fournier n'en est guère partisan, d'ailleurs elle ne guérit, d'après son expérience, ni plus vite ni mieux que le traitement usuel.

Dans les contre-indications, M. Fournier signale surtout celle de l'application des sangsues sur les bourses ; la gangrène ou un phlegmon peuvent en être la conséquence ; de même les frictions mercurielles sont condamnables, d'abord leur puissance résolutive est encore à démontrer, ensuite elles peuvent provoquer la stomatite. L'emploi de la glace doit être prudent, car elle peut altérer la peau et provoquer la gangrène. Mêmes dangers des applications de collodion, de teinture d'iode et d'acide phénique.

Dans les cas où le malade ne peut interrompre son travail, on doit traiter plus discrètement l'orchite et utiliser, mais à regret, l'emmaillotement méthodique avec une couche d'ouate sur le scrotum, un morceau de caoutchouc et un suspensoir en toile. Bien tolérée cette compression peut soulager le malade, mais elle laisse peut-être après elle des indurations particulièrement volumineuses et persistantes. Ainsi donc et très certainement cette méthode ne vaut pas la simple méthode par le lit.

Quant aux indurations post-orchitiques sous la forme d'un noyau caudal, épididymaire, elles ne sont pas justiciables de l'iodure ou des emplâtres dont l'usage est vulgaire. M. Fournier les traite par les cataplasmes féculents froids durant la nuit, le suspensoir ouaté durant le jour, les bains salés ou sulfureux. Leur guérison est l'œuvre du temps, de l'hygiène, bien plus que celle du thérapeute. L. Perrin.

Blennorrhagie ; complications oculaires. — Panas. Dacryoadénite, iritis et conjonctivite séro-vasculaire d'origine blennorrhagique. (*Revue gén. de cliniq. et de thérapeutique*, n° 15, 1894, p. 169.)

Dans cette leçon, M. Panas rapporte l'histoire d'un malade qui, six semaines après le début d'une blennorrhagie, a eu simultanément de la tuméfaction du cou-de-pied, du genou gauche, en même temps que les paupières s'œdématiaient. A l'examen des yeux, on constatait une conjonctivite séro-vasculaire, de l'iritis et une dacryoadénite d'abord unilatérale, mais qui devint bilatérale pendant que le malade était à l'hôpital.

Cette curieuse conjonctivite d'origine blennorrhagique atteignant les deux yeux et coexistant le plus souvent avec le rhumatisme blennorrhagique, est importante à bien connaître. Elle n'est nullement due à l'inoculation ; elle diffère, en effet, profondément de l'ophtalmie purulente d'origine génitale, en ce qu'il n'y a pas, à proprement parler, de sécrétion de pus ; qu'on ne trouve jamais le gonocoqne ; c'est un état inflammatoire particulier de la conjonctive, état véritablement métastatique, alternant presque toujours avec les douleurs articulaires, n'entraînant jamais une altération de la cornée. Cette conjonctivite rhumato-blennorrhagique est actuellement parfaitement connue, et son allure est si tranchée qu'il n'est permis à personne de la confondre avec l'ophtalmie blennorrhagique.

De même l'iritis qui accompagne la blennorrhagie est maintenant classée. A part de rares exceptions, il s'agit presque toujours de la variété que l'on appelle iritis séreuse, sans grande tendance plastique.

Le point le plus curieux de l'histoire du malade qui fait le sujet de ce travail, est la dacryoadénite : elle est très rare, il n'en existe qu'une ou deux observations. Elle est surtout localisée dans la portion orbitaire de la glande lacrymale, la portion palpébrale est moins prise.

Dans ces dernières années, on a apporté de nouveaux documents à la pathogénie des glandes lacrymales ; on a signalé des dacryoadénites survenant dans les maladies infectieuses aiguës : rhumatisme, rougeole, scarlatine, influenza, pyémie, etc. Parmi ces diverses affections, les oreillons peuvent provoquer une variété de dacryoadénite qui peut être même la première manifestation ; la parotidite, l'orchite peuvent coexister avec elle, la précéder ou la suivre de près. Chez le malade de M. Panas, il n'y a ni orchite ni parotidite.

L'anatomie pathologique et la microbiologie de ces dacryoadénites d'origine générale restent encore à faire, pour savoir jusqu'à quel point l'élément épithélial et l'élément conjonctif sont atteints. L. Perrin.

Cancer de la verge. — Boutiagine. Cancer du pénis. (*Wratsch*, 1894, 1, p. 16.)

M. Boutiagine publie dans les *Annales de chirurgie* (1893, 86) seize cas de cancer du pénis, observés dans le service de M. le professeur Sinitzine, à Moscou. L'auteur attire l'attention sur les particularités suivantes :

1) Aucun de ces malades n'a subi de circoncision ; tous avaient du phimosis. 2) L'hygiène de tous ces malades, de classe pauvre, était détestable. Le professeur Sinitzine attribue une grande importance à l'irritation par le smegma accumulé, ce que prouve le siège initial du cancer : dans le sillon, derrière le gland ou au niveau de la couronne. La cause essentielle est une irritation, un rapport avec l'écoulement blennorrhagique ; suivant le terrain, l'âge, etc., cette irritation aboutit à un condylome ou à un carcinome. La transmission du cancer par voie génitale, par une femme ayant un cancer utérin, n'est pas probable. Comme traitement, M. Sinitzine conseille l'amputation de la verge, en ayant soin de laisser une portion suffisante de l'urèthre pour former un méat. Les adénites inguinales se résolvant spontanément après l'opération, M. Sinitzine les considère comme simples, inflammatoires, et non spécifiques.

S. Broïdo.

Gangrène du scrotum. — Charles W. Allen. Gangrene of the scrotum. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1894, p. 55.)

Le malade était un marchand d'huîtres de 34 ans, n'ayant eu comme antécédents vénériens qu'une blennorrhagie huit ans auparavant, et trois mois avant son entrée à l'hôpital un chancre simple suivi d'un bubon suppuré. Huit jours avant son entrée, pendant qu'il était sous l'influence de l'alcool, ce qui lui arrivait fréquemment, il ressentit une douleur sourde dans le scrotum qui se mit à enfler énormément et progressivement. Au

bout de cinq jours il vit apparaître une bande noirâtre à la partie la plus inférieure de la tumeur scrotale, puis la zone gangrenée s'étendit peu à peu en avant et en arrière jusqu'à ce qu'elle eût envahi au moins les trois quarts de l'organe : la douleur disparaissait à mesure que le mal gagnait; il n'y eut aucun symptôme de fièvre.

A l'examen, le scrotum avait les dimensions d'une grosse noix de coco : il formait une tumeur ovalaire dont la plus grande partie était recouverte d'une peau gangrenée noirâtre, ayant déjà de la tendance à se séparer suivant un sillon linéaire de la partie restée saine. La région sphacélée donnait au toucher une sensation de crépitation analogue à celle de l'emphysème sous-cutané et elle répandait une odeur d'une horrible fétidité. Cependant l'état général du malade était bon, il n'avait ni sucre ni albumine dans les urines.

On appliqua des cataplasmes de charbon chauds saupoudrés d'iodoforme, et sous l'inflnence de ce topique en trois jours les parties gangrenées s'étaient éliminées en laissant complètement à nu les deux testicules; il semblait qu'il n'y avait plus que quelques lambeaux de peau scrotale insuffisante pour arriver à les recouvrir. Cependant peu à peu la cicatrisation se fit, et, grâce à quelques petites interventions chirurgicales des plus heureuses, ce qui restait de scrotum recouvrit de nouveau les testicules : de telle sorte que le malade put quitter l'hôpital complètement guéri.

L'auteur aborde ensuite la question fort obscure de l'étiologie, et au point de vue pratique il pose en fait que dans des cas pareils il ne faut pas procéder à la castration. L. B.

Néoplasies insolites de la vulve. — R. W. Taylor. On some unusual new Growths of the vulva. (*American Journal of the medical sciences*, janvier 1894, p. 52.)

Cas I. — Il s'agit d'une femme qui avait eu autrefois des chancres simples et des bubons suppurés, puis des vulvites. Elle était très débauchée et peu soigneuse. A l'âge de 45 ans elle entre à Charity Hospital, dans le service du Dr Taylor et y reste pendant 3 ans jusqu'à sa mort. La vulve était le siège d'une tumeur aplatie d'une teinte marron qui s'étendait depuis le pubis et la région inguinale droite jusqu'à l'anus. Toutes les formes normales de la vulve avaient disparu : il n'y avait plus trace ni des grandes ni des petites lèvres ; le clitoris n'était plus figuré que par une masse centrale de tissu cicatriciel, et l'entrée du vagin avait la forme d'une fente déchiquetée. En aucun point on ne voyait de formation ressemblant à une tumeur ; en un mot, la néoplasie existait surtout en surface : sa teinte était marron ou chocolat, sa surface brillante ; par moments elle était sèche, parfois au contraire elle se recouvrait d'une sérosité rougeâtre.

Au toucher les parties malades donnaient une sensation de fermeté, mais aussi d'élasticité. A la vue et au toucher il était évident que la partie vulvaire et extra-génitale de la néoplasie était irrégulière. Tout autour de la région clitoridienne était une sorte de plaque de tissu cicatriciel, et çà

et là disséminés vers les parties supérieures et externes de la néoplasie se voyaient des îlots de même nature. C'était surtout vers la partie inférieure de la vulve et vers le périnée que l'on voyait quel était le mode d'extension de l'affection : le bord était surélevé, abrupt et demi-circulaire, tandis qu'au niveau des parties anciennes de la maladie les limites du mal se perdaient dans du tissu de cicatrice. La néoplasie avait rétréci peu à peu l'orifice du vagin, de telle sorte que vers la fin de la vie on ne pouvait plus guère introduire qu'avec beaucoup de peine une bougie n° 26 de la filière française. Tout le tissu morbide adhérait aux parties profondes.

Le début s'était fait par une plaque épaissie, un peu surélevée, d'un rouge sombre, sur les grandes et les petites lèvres gauches. De là la maladie s'étendit peu à peu excentriquement vers l'orifice vaginal, le clitoris, gagnant le côté droit de la vulve. La marche de cette affection était des plus lentes, elle s'accompagnait par moments d'un peu de cuisson, de douleur et de prurit.

Elle ne se limitait pas d'ailleurs aux muqueuses ; elle envahissait aussi les tissus cutanés en y conservant tous ses caractères ; elle les transformait en un tissu dur, élastique, qui peu à peu se détruisait; les parties malades devenaient plus ou moins adhérentes aux aponévroses ou aux os sous-jacents.

Les parties superficiellement cicatrisées restaient en cet état tant qu'elles étaient bien pansées et maintenues en parfait état de propreté; mais il suffisait d'un peu de négligence ou d'un excès quelconque pour voir en un ou deux jours les tissus morbides remplacer le tissu de cicatrice. Jamais la vulve proprement dite n'a pu se cicatriser, les sécrétions vaginales et les difficultés de pansement s'y sont toujours opposé.

Jamais la néoplasie n'a eu le caractère d'une tumeur proprement dite, car elle n'a jamais atteint plus de trois lignes d'épaisseur. Jamais non plus il n'y a eu d'ulcération à proprement parler, et lorsque le tissu morbide est devenu moins saillant, cette diminution d'épaisseur a été due à une sorte de résorption ou de contraction de ce tissu. Jamais il n'y a eu de végétations papillomateuses.

Le système lymphatique et ganglionnaire n'a été que peu ou point intéressé; il n'y a eu ni érythème, ni érysipèle. Il ne semble pas qu'il y ait de tendance à une dégénérescence maligne, et la néoplasie n'a pas exercé la moindre influence sur la santé générale. Cependant peu à peu vers la fin de la vie l'affection devint douloureuse, surtout lors des mouvements. La marche devint presque impossible; il en était de même de la station assise. Les doulours augmentèrent graduellement, et la malade succomba dans le marasme.

Cas II. — Veuve, âgée de 25 ans, de bonne santé apparente; à 23 ans, quatre mois environ après la mort de son mari, elle vit survenir un petit bouton vers le milieu du pli inguinal droit. Bien qu'il ne fût pas douloureux et qu'il ne suppurât pas, il augmenta peu à peu, et en trois mois forma une plaque d'un pouce et demi de diamètre, à surface exulcérée, et surélevée d'un huitième de pouce au-dessus du plan normal de la peau; lentement la néoplasie gagna les grandes lèvres, les petites lèvres, toute la région

périanale. Elle se limitait nettement par un bord surélevé de près d'un quart de pouce de hauteur : sa surface était d'un rouge pourpre dans les parties les plus anciennes et à la périphérie, et d'un rouge sombre au centre. La vulve rétrécie admettait avec peine le bout de l'index ; l'anus était douloureux, surtout à la défécation. La surface du mal était tantôt inégale, irrégulière, plus mamelonnée que celle du premier cas, tantôt au contraire lisse et unie : elle donnait naissance à un suintement peu abondant séreux et séro-sanguinolent. La malade ne présentait pas le moindre antécédent de syphilis. Cependant il semble que sous l'influence d'application d'onguent mercuriel la lésion se soit cicatrisée.

Cas III. — Femme de couleur, âgée de 22 ans, ne pouvant donner aucun renseignement précis au point de vue d'une syphilis antérieure, bien qu'il soit fort probable qu'elle en ait présenté des symptômes deux ans auparavant. D'après son dire la maladie, pour laquelle elle venait à l'hôpital n'avait commencé que depuis quatre semaines. La grande lèvre gauche était très hypertrophiée, elle faisait une saillie d'au moins deux pouces ; elle était irrégulière, verruqueuse. A la pression on voyait qu'elle avait une consistance cartilagineuse et que l'infiltration s'étendait profondément dans les lèvres. A la surface interne des lèvres se voyaient plusieurs chancres mous, et des ganglions inguinaux étaient suppurés.

Le diagnostic fut œdème induré d'origine syphilitique, mais le traitement général et local fait pendant six semaines n'amena aucun résultat. L'auteur lui enleva alors la tumeur avec le bistouri. Au bout de quinze mois il y eut une récidive de l'autre côté, et on l'opéra de la même manière.

L'*examen histologique* fait par le Dr van Gieson apprit à l'auteur qu'à sa grande surprise c'était le même processus morbide que dans les deux premiers cas. Le tissu morbide est composé de trois couches : 1° couche superficielle, irrégulièrement épaissie par une considérable hypertrophie de la couche de Malpighi ; 2° au-dessous se trouve une couche de tissu apparemment identique au tissu de granulation, sauf que par endroits il contient beaucoup de globules rouges du sang ; elle correspond au chorion et un peu au tissu sous-cutané ; 3° une troisième couche correspond au tissu sous-cutané profond : les espaces lymphatiques sont remplis et distendus de petites cellules arrondies ou polyédriques. Les résultats de cet examen semblent confirmer l'opinion que cette lésion chronique n'est que du simple tissu d'inflammation. Sur aucune coupe on n'a pu trouver de microbe.

Étiologie. — L'auteur est fort embarrassé pour donner des conclusions précises sur ce point. Il croit que, malgré le microscope, le cas III n'est pas comparable aux deux premiers cas dont la pathogénie est tout à fait obscure. Cliniquement pour lui le cas III est un œdème induré syphilitique.

Au point de vue du diagnostic les deux premiers cas ne peuvent être assimilés à aucun type connu.

L. B.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancre. — Willard Parker Worster. The treatment and care of chancre with peroxide of hydrogen. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1894, p. 70.)

L'auteur cite des cas de chancre huntérien compliqués, phagédéniques, que des pulvérisations à haute pression avec du peroxide d'hydrogène tous les matins, puis des pansements à la poudre d'iodol ont rapidement guéris. L. B.

Chancres syphilitiques de la paupière. — Myles Standish. Two cases of chancre of the eyelid with an account of the manner of infection. (*Boston medical and surgical Journal*, 8 mars 1894, p. 237.)

L'auteur publie avec beaucoup de détails deux cas de chancres de la paupière dans lesquels il a pu préciser le mode de contamination. Dans les deux, la transmission de la maladie s'était faite par l'intermédiaire d'une serviette banale qui avait servi à d'autres sujets syphilitiques. Il en conclut que les règlements de police devraient désormais interdire l'usage des objets de toilette communs et en particulier des serviettes dans les chantiers, les ateliers, les lavabos publics, etc... L. B.

Syphilis. — Ostermayer. Zur Casuistik seltener Syphilisformen (*Archiv. Dermatologie u. Syphilis*, 1893, p. 937.)

I. *Syphilis cutanée végétante.* — Ce cas concerne une fille âgée de 31 ans. La peau de la moitié gauche du menton et une portion de la joue du même côté sont transformées, sur une étendue d'environ la paume de la main, en une surface inégale, verruqueuse, papillomateuse, rouge pâle. Les parties malades font une saillie semblable à du gazon, elles ont un aspect linguiforme allongé et elles sont, dans toute leur étendue, recouvertes d'épiderme ; seulement deux points de la dimension d'une lentille, situés sur les bords, sont le siège d'une excoriation superficielle. Les excroissances papillaires ont 8 à 10 millim. de hauteur, 2 à 3 millim. de diamètre transversal. La peau environnante est normale sous tous les rapports, et toute la surface semblable à du gazon est comme implantée dans la peau saine. Ni infiltrat à la base des parties malades, ni vésicules ou papules disséminées dans la peau environnante. Au-dessous du bord de la mâchoire inférieure, deux points de la grosseur d'un grain de chènevis, avec croûtes minces, jaune brun. Les excroissances sont recouvertes d'un épiderme sec qui, en quelques points, est épaissi et en desquamation.

Un examen attentif permit de reconnaître qu'on avait affaire à une syphilitique : dans la région externe de l'épicondyle et à la face interne du bras gauche, cicatrices blanc grisâtre, groupées ou disposées en cercle ; sur la face externe du même bras, ulcères gommeux tout à fait typiques ; ganglions cubitaux engorgés ; périostoses tibiales ; plaques brillantes, lenticulaires, rouge brun, aux grandes lèvres. Il était donc évident que

les proliférations papillaires étaient d'origine syphilitique, bien qu'en elles-mêmes elles ne présentassent en ce moment rien de spécifique.

II. *Mastite syphilitique gommeuse.* — Les affections syphilitiques du sein sont en somme rares, quoique sans doute une partie des cas restent méconnus en tant que syphilis et sont pris pour d'autres tumeurs (carcinome, fibrome, adénome, etc.) et échappent à l'observation des spécial istes. D'après Lancereaux, on distingue une mastite syphilitique diffuse et une mastite syphilitique circonscrite ou gommeuse. La première forme est rare et s'observe principalement chez les hommes ; elle consiste en une tuméfaction diffuse de tout le sein, sans aucun caractère spécifique ; elle survient dans la phase précoce de la syphilis et disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique.

La mastite gommeuse, au contraire, appartient toujours aux périodes tardives de la syphilis, elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; tantôt elle n'envahit qu'un sein, tantôt les deux. Elle est caractérisée par des nodosités arrondies, rénitentes, encastrées dans le parenchyme de la glande, parfois nettement circonscrites, d'autres fois en quelques points elles passent dans le tissu normal de la glande, sans démarcation tranchée. Dans l'espace de quatre à six semaines, ces nodosités peuvent atteindre le volume d'une pomme de moyenne grosseur. L'iode et le mercure amènent une guérison rapide.

L'auteur décrit ensuite un cas de mastite syphilitique gommeuse chez une fille de 26 ans. Dans le sein droit on trouvait une cicatrice très enfoncée, au-dessous de laquelle existait une perte de substance de la masse glandulaire, laquelle devait évidemment être rapportée à des processus destructifs, ulcéreux, antérieurs, de nature syphilitique, dans le parenchyme ; après la destruction du sein, ils ont envahi la peau. Le sein gauche présente une affection gommeuse du tissu glandulaire même, avec lésion de la peau susjacente ; on trouve, en effet, des indurations nodulaires, avec ulcères gommeux. Des injections intramusculaires de sublimé à 5 p. 100 (Lukasiewicz) amenèrent une régression rapide de tous les symptômes syphilitiques.

Ostermayer termine son mémoire en citant un cas dans lequel il y avait une affection gommeuse de la peau du sein droit, sans que la glande elle-même fût atteinte, avec absence complète de symptômes syphilitiques. Il s'agissait d'une femme de 52 ans, qui ignorait toute infection antérieure, mais elle avouait avoir eu plusieurs fausses couches ; plus tard elle accoucha d'enfants à terme, mais morts. On trouvait chez elle, dans l'aréole du sein droit, deux ulcères du volume d'une lentille, à bords nets et amincis, de forme circulaire, à fond jaunâtre. Rien d'appréciable dans le parenchyme glandulaire. Guérison en trois semaines par l'application d'emplâtre mercuriel et l'administration interne de l'iodure de potassium.

A. Doyon.

Syphilis tertiaire de l'arrière-gorge. — E. Harrison Griffin. The occlusion of the post nasal space by syphilitic adhesion. (*New-York medical Journal*, 24 mars 1894, p. 367.)

L'auteur a réuni 22 cas de cette lésion : dans 1 cas elle s'est pro-

duite quatorze mois après le chancre ; dans 3 cas, deux ans ; dans 5 cas, trois ans ; dans 8, quatre ans ; dans 1, six ans ; dans 1, sept ans ; dans 1, dix ans ; dans 1, quatorze ans après le début de la syphilis. Trois fois il y avait occlusion complète du pharynx postérieur, deux fois le voile du palais adhérait au pharynx, mais la luette était libre ; sept fois la luette avait été détruite, le voile du palais adhérait au pharynx en laissant une petite ouverture ; dans les autres il n'y avait que des adhérences. C'est d'ordinaire la syphilis tertiaire qui est la cause de ces délabrements : dans 5 cas personnels à l'auteur ils étaient la conséquence de la syphilis héréditaire ; comme autres causes possibles l'auteur signale la gangrène de la gorge et l'ingestion de caustiques.

Il insiste sur l'insidiosité des symptômes dans les ulcérations syphilitiques de l'arrière-gorge.

Les fosses nasales sont d'ordinaire obstruées, et le nez présente l'aspect d'une rhinite aiguë ou d'une rhinite hypertrophique. Le malade est atteint d'une toux causée par le contact avec le larynx des sécrétions provenant de l'ulcération : on peut croire à une bronchite, et il faut procéder à un examen rhinoscopique pour faire le diagnostic. L'absence totale ou presque totale de douleur explique pourquoi le malade ne se traite que lorsque les lésions sont déjà fort avancées et ont produit de la gêne de la déglutition et de l'embarras de la parole. Un autre symptôme assez fréquent est le vomissement qui est provoqué par l'irritation et le chatouillement constant de la gorge par les sécrétions de l'ulcère.

L'auteur insiste sur la nécessité d'instituer le plus vite possible une médication interne avec de très hautes doses d'iodure de potassium. Mais le traitement local est aussi fort important. Le meilleur gargarisme est sans contredit la lotio hydrargyri nigra coupée de trois fois ou de moitié son volume d'eau. Le peroxyde d'hydrogène coupé de trois à cinq fois son volume d'eau est aussi excellent pour déterger les ulcérations. Quand on est arrivé à les nettoyer on y pulvérise un peu d'huile d'albolène, puis de l'iodoforme, de l'aristol ou de l'europhène.

Cependant il est parfois bien difficile, quand les ulcérations sont très étendues, d'empêcher des adhérences de s'établir : il est alors facile de les détruire avec un instrument inventé par l'auteur. Il faut opérer largement, car on doit savoir que les lambeaux peuvent se ressouder. Il se sert pour cela d'un bistouri courbe. Il donne environ 70 centigr. de quinine par jour pendant trois jours avant l'opération pour empêcher l'hémorrhagie d'être abondante, et il anesthésie avec des solutions cocaïnées fortes. Après l'opération il cautérise les surfaces à vif pour les empêcher de se réunir. Le malade doit pendant les semaines qui suivent introduire de temps en temps entre les lèvres de la plaie ainsi faite un dilatateur pharyngien spécial.

L. B.

Syphilis osseuse. — TSCHAPINE. Ramollissement du radius. *Wratsch*, t. XV, 1894, 5, p. 135).

L'auteur publie l'observation d'une malade qu'il a présentée à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie et qui offrait un cas rare de ramollissement partiel du radius chez une syphilitique à la période tertiaire. La

malade, après avoir présenté plusieurs manifestations propres à cette période, a ressenti un jour des douleurs au niveau du radius droit. A l'examen, on remarquait que l'avant-bras était convexe du côté du cubitus, à cause de la périostite de cet os, très douloureuse. Le côté radial de l'avant-bras, concave, donnait au doigt, au lieu d'une résistance au palper, une sensation d'élasticité analogue à celle d'une baguette en caoutchouc et qu'on pouvait incurver à volonté dans l'un ou l'autre sens. L'aspect extérieur des téguments était normal, le poignet n'était pas déformé. A un examen plus attentif, on constatait que le ramollissement était limité : depuis l'apophyse styloïde, dans une étendue de 3 centim, l'os est normal; puis 5 centim. de tissu osseux manquent complètement et à la place on a la sensation d'élasticité déjà signalée; enfin l'os reparaît à 8 centim., de l'apophyse styloïde sur la face antérieure, à 11 ou 12 centim. sur la postérieure; le radius est donc ramolli dans toute son épaisseur dans une étendue de 3 à 4 centim. Le radius droit a 2 centim. de moins de longueur que le gauche. La supination et la pronation sont très entravées; le bras droit est beaucoup plus faible que le gauche. La malade dit que les douleurs dans cet os étaient rares et peu vives; mais il y a un an, elle a remarqué à ce niveau une dépression qui augmentait de plus en plus, en même temps que le membre devenait de plus en plus faible. Ce cas de ramollissement syphilitique est, d'après l'auteur, très rare; il ressemble surtout au cas observé par Petersen en 1880 où, chez un syphilitique avéré, presque toute la diaphyse radiale avait disparu et était remplacée par un cordon élastique. Quant à la nature des altérations du radius, elle serait, d'après M. Tschapine, la même que dans la dactylie syphilitique. S. Broïdo

Syphilis de l'épididyme. — Ch. W. Allen. Syphilis of the épididymis. (*The American Journal of the medical sciences*, avril 1894, p. 398.)

L'épididyme peut être pris seul par la syphilis à l'exclusion du testicule soit de bonne heure, soit fort tard : le processus morbide peut revêtir l'aspect d'un simple processus inflammatoire avec dépôt de matière plastique entre les tubes les soudant en une masse plus ou moins indurée ; il peut prendre la forme de gommes minuscules disséminées dans l'organe, et donnant au toucher la sensation d'un corps irrégulier et nodulaire; il peut enfin se présenter sous la forme d'une infiltration ou d'une hyperplasie gommeuse diffuse constituant des masses gommeuses unies, parfois de véritables tumeurs ; il peut enfin évoluer vers la sclérose, et l'épididyme devient alors dur et fibreux.

L'auteur publie quelques cas de lésions syphilitiques limitées à l'épididyme que le traitement antisyphilitique fit disparaître avec rapidité. Mais parfois il se produit du tissu fibreux, et alors il est impossible d'obtenir un résultat complet par l'iodure de potassium lequel est le médicament par excellence dans ces cas. L. B.

Syphilis et tabes. — B. Sachs. Syphilis et tabes dorsualis. (*New-York medical Journal*, 6 janvier 1894, p. 1.)

L'auteur met en relief le développement fréquent de la paralysie générale

après le tabes, et celui des symptômes tabétiques dans le cours de la paralysie générale, laquelle est d'ailleurs beaucoup plus commune chez les anciens syphilitiques que chez les autres sujets. Lorsque le tabes ou la paralysie générale se développent chez des femmes ou chez de fort jeunes sujets, ils sont invariablement précédés de syphilis soit héréditaire, soit acquise. Dans des cas indéniables de syphilis cérébrale ou de syphilis cérébro-spinale il se produit des symptômes qui simulent à s'y méprendre soit la paralysie générale, soit le tabes : c'est ainsi que l'auteur a vu des syphilis cérébro-spinales dans lesquelles les symptômes caractéristiques étaient associés au signe d'Argyll-Robertson ou à la perte des réflexes rotuliens, et dans lesquelles, après guérison, les pupilles redevenaient contractiles et les réflexes rotuliens reparaissaient. Il est d'ailleurs faux de dire que le traitement antisyphilitique ne fait jamais rien dans le tabes : on en améliore souvent par cette méthode quand on l'applique avec une énergie suffisante.

Certes, le plus souvent, les symptômes les plus importants ne disparaissent pas, mais le traitement fait parfois disparaître les symptômes qui peuvent être et qui souvent sont en réalité des lésions syphilitiques pures, comme les paralysies oculaires, les douleurs fulgurantes, etc. L'auteur aborde ensuite des problèmes fort difficiles ; il se demande s'il est possible de distinguer des tabes purs, les cas dans lesquels il y a des lésions syphiliques véritables surajoutées : il pense que lorsque le tabes commence par des paralysies syphilitiques il serait possible qu'un processus syphilitique d'infiltration vers la base s'associât à un pur tabes ou le précédât, aussi croit-il qu'il est possible d'améliorer beaucoup ces cas.

On peut aussi reconnaître les cas de syphilis cérébro-spinale qui simulent le tabes, grâce à une irrégularité tout à fait insolite dans le développement des symptômes ; par exemple, si le réflexe oculaire n'existe plus dans un œil alors qu'il existe au contraire dans un autre.

L'auteur se demande ensuite si des lésions syphilitiques cérébro-spinales peuvent donner naissance à des symptômes qu'il est impossible de distinguer de ceux du tabes véritable, si les deux variétés de lésions, les syphilitiques et les tabétiques vraies, sont souvent associées, et si l'on peut prouver que les lésions anatomiques du tabes peuvent dépendre directement de l'infection syphilitique. Il résout les deux premières questions par l'affirmation la plus absolue avec preuves anatomo-pathologique à l'appui. Il relate en particulier avec de forts longs détails, l'autopsie d'un malade qui présentait une sclérose typique des cordons postérieurs et, en plus, des lésions syphilitiques évidentes, consistant surtout en une leptoméningite de la moelle épinière développée en certains points, et en artérite spécifique. La dernière des trois questions précédentes est au contraire encore à peu près insoluble : l'auteur se livre à son égard à une discussion les plus savantes. L. B.

Mercure. — Kozlowski. Influence du mercure sur la morphologie du sang chez les syphilitiques et chez les sujets sains. (*Wratsch*, 1894, 16, p. 458.)

L'anémie syphilitique, c'est-à-dire les modifications des propriétés du

sang sous l'influence de l'infection syphilitique, étant démontrée, on pouvait s'attendre que le mercure, qui agit si puissamment dans la syphilis, ait une action sur le sang de ces malades. Aussi M. Kozlowski a-t-il entrepris, sous la direction de M. Ouskoff, l'étude de cette question. Dans ce but il a fait la numération des hématies et de toutes les variétés de leucocytes par l'appareil Thomas-Zeiss et le mélangeur de Potain. Pour l'examen des hématies, le sang était dilué dans 200 fois son volume d'une solution de NaCl à 3 p. 100; pour les leucocytes, l'auteur a dilué le sang dans la solution recommandée par M. Ouskoff : acide acétique : 1 gr., chlorure de sodium : 2 gr. 25, eau distillée : 300 gr., cent volumes de cette solution pour un volume de sang.

L'auteur a choisi pour son examen des sujets autant que possible jeunes et n'ayant aucune autre maladie que la syphilis. L'examen du sang se faisait d'abord pendant quatre à six semaines pour chaque malade, deux jours par semaine. Mais ensuite, pour éviter l'influence des maladies intercurrentes possibles et de la menstruation, M. Korlowski examinait le sang deux jours avant la friction ou l'injection de mercure, et deux jours après. L'auteur n'a pas encore complètement terminé ses recherches ; mais pour le moment il est arrivé aux conclusions suivantes : Les modifications du nombre des hématies, si elles existent, ne sont pas plus constantes chez les syphilitiques que chez les sujets non atteints de cette affection.

Il en est de même du nombre des leucocytes.

Quant aux différentes formes des globules blancs, le pourcentage des formes adultes diminue après l'emploi du mercure chez l'homme sain, augmente chez le syphilitique. (L'auteur considère, d'accord avec M. Ouskoff, les éosinophiles comme formes adultes.) S. Broïdo

Traitement de la syphilis. — A. F. Price. The treatment of syphilis with sulphate of copper. (*Medical Record*, 3 février 1894.)

D'après l'auteur, le cuivre exerce une action spécifique sur la syphilis ; cette action se fait surtout sentir du côté du système lymphatique. Il ne fait disparaître que fort lentement les éruptions cutanées secondaires. Il prévient le développement des plaques muqueuses et des accidents gutturaux. C'est un médicament des plus énergiques, et il est sage d'en suspendre l'usage un jour par semaine et quelquefois même plus souvent. Les premiers symptômes d'intolérance sont tout d'abord un appétit vorace, puis rapidement de la prostration, des étourdissements, de la pâleur, un pouls faible et précipité. La dose moyenne de sulfate de cuivre est un trentième de grain trois fois par jour : il vaut mieux le donner avec du sulfate de fer. Cette dose est absolument dangereuse dans la cachexie syphilitique, car elle produit une prostration alarmante ; mais en commençant par de très faibles doses, on peut arriver à une certaine tolérance pour les doses moyennes. L.-B.

Traitement par les injections. — Poteienko. Hydrargyre de sozoïdol dans la syphilis. (*Ejenedelnik,* 1894, 8, p. 133.)

L'auteur a employé l'hydrargyre de sozoïdol en injections dans la syphilis secondaire et tertiaire; la solution était préparée d'après les indi-

cations de Schvimmer, mais en augmentant considérablement la quantité de l'iodure de potassium (1 gr. de mercure pour 3-4 de Ki.). Sur douze malades, il a obtenu neuf guérisons et deux améliorations ; il n'y avait qu'un cas de psoriasis syphilitique qui n'a pas été modifié. Le pourcentage des guérisons est donc de 75 p. 100, tandis que dans le traitement par l'oxyde jaune il est de 74,14 p. 100 et par le salicylate de mercure 52,17 p. 100. Chez les malades en expérience, il n'a observé que deux stomatites ; le nombre des injections variait de quatre (au minimum) à dix-neuf (au maximum).

Quoique le nombre des malades traités par ce médicament soit très peu considérable, on peut cependant en tirer les conclusions suivantes : 1° l'injection de l'hydrargyre de sozoïdol en solution est plus douloureuse que celle du mercure en suspension ou du salicylate de Hg. ; 2° l'infiltration des tissus s'observe avec cette substance plus souvent et dure plus longtemps qu'avec le salicylate de mercure ; 3° l'hydrargyre de sozoïdol agit mieux sur la syphilis tertiaire que sur la syphilis secondaire ; 4° la stomatite et les autres manifestations d'intoxication hydrargyrique sont ici plus rares et ne surviennent qu'après dix ou quinze injections ; l'hydrargyre de sozoïdol ne semble pas présenter de grands avantages sur le salicylate de mercure.

S. Broïdo.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 2 AOUT

Tenue à Lyon à l'hôpital de l'Antiquaille.

PRÉSIDENCE DE M. DRON.

SOMMAIRE : Lettre de M. le professeur Rollet. — Les injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis. — Rapport, par M. AUGAGNEUR. — Essai d'éclaircissement des principes du traitement de la syphilis par le mercure, par M. STOUKOVENKOFF. — Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles et en particulier d'huile grise, dans le traitement de la syphilis, par M. G. THIBIERGE. — Sur les injections mercurielles, par M. JULLIEN. — Sur les injections de benzoate de mercure, par M. STOUKOVENKOFF. (Discussion : MM. VERCHÈRE, AUGAGNEUR, JULLIEN, BALZER, CORDIER, BROCQ, BARTHÉLEMY, RENAUT.) — Antagonisme et antidotisme ; recherches de physiologie générale basées sur les réactions des glandes sudoripares, par M. AUBERT. — De l'acné nécrotique, par M. DUBREUILH. — Sur la contagion de la pelade, par M. HORAND. (Discussion : MM. FEULARD, SABOURAUD, AUGAGNEUR, BROUSSE.) — Pleurésie syphilitique de la période secondaire, par M. BROUSSE. — Note sur le traitement de la blennorrhagie, par M. BARTHÉLEMY. — Abcès cutanés et sous-cutanés multiples et récidivants chez les jeunes enfants, par M. HALLOPEAU.

M. le Dr DRON occupe le fauteuil de la présidence à la place de M. le professeur ROLLET, empêché par la maladie, et donne lecture de l'allocution préparée et envoyée par M. Rollet.

MESSIEURS,

La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, en venant tenir à Lyon, à l'occasion de l'Exposition, sa session annuelle, nous a fait un grand honneur et causé une satisfaction bien légitime.

Comme il avait été convenu, dès la création de notre Société, qu'elle ne siégerait pas exclusivement à Paris, il était juste que sa première tentative de décentralisation fût faite en faveur de notre ville, où de tout temps la dermatologie et la syphiligraphie ont trouvé un champ de recherches exceptionnellement favorable.

Ce n'est pas que je veuille exagérer les grandes richesses scientifiques de l'Antiquaille, en les mettant en parallèle avec celles des hôpitaux de Paris, et notamment de l'hôpital du Midi et de Saint-Louis ; vous allez d'ailleurs les juger et les apprécier vous-mêmes en visitant nos services. Mais nos anciennes administrations ont eu l'heureuse idée d'instituer

pour ces services des concours spéciaux, et tous ces éléments d'étude ont pu être mis à profit dans les meilleures conditions possibles.

Depuis Baumès et Diday, les chirurgiens de l'Antiquaille ont tous été nommés après avoir fait preuve de connaissances spéciales. De cette façon, les aptitudes devaient être en rapport exact avec les fonctions, et c'est sans doute à cette organisation qu'est due la série non interrompue de savants distingués qui ont été successivement en exercice dans cet hôpital et dont les travaux ont été si bien accueillis par le monde médical.

Il est vrai que la dermatologie et la syphiligraphie ne sont que des spécialités, mais il y a longtemps qu'elles ont conquis un des premiers rangs parmi les diverses branches de la médecine. Elles le doivent à la méthode expérimentale, qui était déjà appliquée au siècle dernier à la syphiligraphie, et à l'étude microscopique des maladies de la peau, qui a fait découvrir sur le tégument les premières affections parasitaires objectivement démontrées.

C'est Hunter, j'ai à peine besoin de vous le rappeler, qui a le premier soumis les virus à l'expérimentation. Puis sont venues les inoculations de Hernandès, de Ricord, d'Auzias-Turenne, pour ne parler que des plus anciennes et des plus mémorables. Elles ont servi à établir sur des bases solides, inébranlables, la contagiosité des maladies vénériennes, leur pluralité, leur diversité. Auzias est allé plus loin dans cette voie, il a eu la prétention de modifier les virus, de les renforcer, et surtout de les atténuer. Sans doute les méthodes modernes d'atténuation des virus, telles qu'elles ont été créées par Pasteur, Toussaint, Chauveau, Arloing, n'ont rien de commun avec les essais incomplets et bien rudimentaires tentés par l'inventeur de la syphilisation ; mais il y avait chez lui comme l'intuition des grandes découvertes dont nous avons été les témoins et les bénéficiaires, et à ce titre nous devons le considérer comme un précurseur.

La doctrine parasitaire, si proche voisine de la doctrine microbienne, a eu aussi pour berceau la dermatologie. Je ne parle pas de l'*acarus scabiei* déjà connu de Guy de Chauliac ; je fais surtout allusion aux champignons microscopiques, causes premières et éléments essentiels de tant de dermatoses qu'il est inutile d'énumérer devant vous. Il y a plus d'un demi-siècle que Schœnlein a décrit le champignon du favus, et que Gruby en a fait connaître d'autres non moins importants. Ces champignons, eux aussi, ont été l'objet de cultures qui n'étaient pas sans analogie avec nos cultures microbiennes actuelles. On les étudiait expérimentalement, on les inoculait, et vous pouvez voir dans notre album de l'Antiquaille un remarquable spécimen d'herpès contagieux, figuré sur l'avant-bras d'un ancien interne de cet hôpital dont je n'ai pas besoin de vous dire le nom, car c'est l'un des plus illustres de la médecine contemporaine.

Aussi quand Pasteur, à l'aide de ses magnifiques recherches sur l'origine et le rôle pathogénique des micro-organismes, a opéré en médecine cette révolution que vous connaissez, que vous admirez, mais que vous n'avez pas vu naître comme les hommes de ma génération, il eut de suite parmi les syphiligraphes et les dermatologistes des adeptes convaincus, initiés d'avance à cette pathologie qui tend à juste titre à envahir et à dominer de plus en plus l'ancienne médecine.

Ces adeptes de la première heure ne pouvaient pas retarder sur les autres. Ils se sont mis à l'œuvre de suite en utilisant les nouveaux procédés de coloration et de culture, et aujourd'hui les micro-organismes des maladies vénériennes et des maladies de la peau, ceux de la blennorrhagie et de l'orchite, par exemple, ceux de la lèpre et du lupus comptent parmi les mieux étudiés et les mieux connus.

Mais si attachantes que soient ces nouvelles études, de plus en plus riches en promesses, nous ne devons pas oublier qu'avant elles la dermatologie et la syphiligraphie avaient déjà fait leurs preuves et atteint un haut degré de développement. Toutes deux avaient rendu de grands services par leurs nombreuses applications prophylactiques et thérapeutiques.

C'est ce côté pratique de nos études que nous ne devons pas perdre de vue en alliant dans une juste mesure le progrès à la tradition.

La Société de dermatologie et de syphiligraphie quoique d'origine récente a déjà entrepris de très remarquables et de très utiles recherches dans cette direction. On peut dire que notre science, envisagée dans ses résultats, a une importance véritablement sociale. La prophylaxie des maladies vénériennes, celle des maladies de la peau, des teignes et des trichophyties par exemple, intéressent au plus haut point les populations. On a réduit beaucoup le nombre de ces affections, dont la plupart sont contagieuses ou héréditaires et qui contribuent pour une si large part à la dégénérescence de notre espèce. La découverte d'une méthode de traitement ou de préservation dans cet ordre d'affections est applicable à des millions d'individus et c'est en cela surtout que ces questions l'emportent à un si haut point sur celles dont s'occupent journellement les académies.

On leur a fait très justement une part importante dans le programme de cette session et vous attendez sans doute avec impatience la communication des travaux qu'elles ont suscités. Aussi je n'abuserai pas plus longtemps de votre attention.

Je m'empresse de souhaiter la bienvenue la plus cordiale à nos collègues qui ont bien voulu se rendre à notre invitation. Je prie M. le secrétaire général d'exprimer tous nos regrets à notre président et à notre vice-président que des raisons sérieuses ont empêché de venir diriger nos débats et partager nos travaux, et en terminant je me permets, Messieurs, dans ce vieil hôpital, dans cet ancien palais des Césars, de vous rappeler la devise de Marc-Aurèle : *Laboremus*.

Professeur J. ROLLET.

Les injections hypodermiques de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Rapport présenté par M. VICTOR AUGAGNEUR, chirurgien-major de l'Antiquaille, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Une étude complète du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles exigerait des développe-

ments trop considérables. Je veux borner ce rapport, d'intentions modestes, à l'énoncé sommaire de quelques propositions.

I

J'écarte immédiatement de mon sujet l'énumération et la comparaison des innombrables substances, toutes dérivées du mercure, qui ont été successivement préconisées. Peptonates d'hydrargyre, benzoate de mercure, calomel, oxyde jaune, huile grise, mercure métallique, succinamide mercurique, sublimé, salicylate de mercure, sozoiodolate de mercure, se sont disputé, tour à tour, la faveur des partisans de la méthode hypodermique.

Les inventions des chimistes venant en aide à l'imagination des praticiens, chaque jour voit naître une panacée nouvelle : les préparations hypodermiques connues et successivement vantées dépassent la centaine.

Laissez-moi faire observer, Messieurs, que ce luxe n'est pas une preuve de l'efficacité des injections. La multiplicité des moyens thérapeutiques est presque toujours une preuve de leur insuffisance. La médication gastrique dont la puissance se vérifie tous les jours, n'a guère, depuis un siècle, changé ses formules. Le traitement par les frictions, plus puissant encore, est fixé par l'immuable formule de l'onguent napolitain.

Si les injections étaient aussi utiles et surtout aussi inoffensives qu'on l'a soutenu, chacun ne s'efforcerait pas constamment de modifier les formules, qu'on nous annonce chaque fois comme irréprochables et définitives.

Je fais bon marché des agents employés et j'envisage la méthode comme toujours identique, quel que soit l'agent chimique injecté.

II

Je pose, en commençant, un premier aphorisme, c'est que la méthode sous-cutanée ne doit être qu'une méthode exceptionnelle.

Le plus grand nombre des syphilitiques n'ont pas besoin d'autre traitement que le traitement classique par les pilules mercurielles. Quand une syphilis se comporte comme nous les voyons évoluer le plus souvent, il est bien inutile de s'armer de procédés à prétentions héroïques.

Un chancre d'une durée de quatre ou cinq semaines, une vérole maculeuse, quelques plaques muqueuses buccales et pharyngiennes, quelques-unes persistant trois semaines ou un mois, puis, pendant un an, un an et demi, quelques poussées discrètes de syphilides ou de plaques muqueuses, voilà ce qui constitue la majorité des syphilis

soumises à notre examen. Le traitement pilulaire fait disparaître très rapidement ces accidents si légers ; il est suffisant, sans aucun danger, sans aucun inconvénient, il est inutile de l'abandonner. Et ce n'est pas sans quelque étonnement que je lisais une communication du Dr Galliot au Congrès de thérapeutique de Paris, en 1883, relatant les observations de *600 syphilitiques* soumis à des injections intra-musculaires d'oxyde jaune. Une injection par semaine était faite pendant les premiers mois, une injection par mois pendant les deux premières années.

Parmi ces 600 syphilitiques, comme parmi les 600 autres auxquels Martineau avait pratiqué 11,000 injections, le plus grand nombre aurait, personne ne le contredira, guéri aussi rapidement par les méthodes ordinaires.

Or, il y a des raisons majeures pour n'admettre la méthode des injections que comme une méthode exceptionnelle ; ces raisons sont tirées des accidents graves et nombreux auxquels elle expose. De ces accidents les uns sont immédiats, les autres tardifs, ceux-ci sont sans importance, ceux-là sont mortels. Kowalewski, qui a employé la plupart des sels mercuriels, a noté au moment de l'injection un malaise allant parfois jusqu'à la syncope. Cette douleur immédiate, l'impression qu'elle produit suffisent pour faire rejeter la méthode par certains malades impressionnables.

Bien plus souvent encore les douleurs sont persistantes, se montrant longtemps après l'injection. Autour de la masse liquide, déposée dans les tissus, se forme une coque inflammatoire douloureuse par les mouvements, les chocs. J'ai toujours été frappé de l'extrême lenteur avec laquelle se résorbe l'injection ayant la vaseline ou la lanoline pour véhicule. Des semaines et des mois elle reste une cause de douleur, formant un noyau même dans la région déchirée, la fosse rétro-trochantérienne.

Les symptômes nerveux ne se bornent pas toujours à des manifestations douloureuses. Lewin a rapporté un cas de paralysie musculaire chez un malade de 26 ans, qui avait reçu une injection de sublimé dans la fosse rétro-trochantérienne. Les douleurs et la paralysie musculaire existaient dans tout le domaine du nerf péronier. Très probablement le sciatique avait souffert du voisinage de l'injection.

Les abcès sont fréquents, souvent interminables, parce qu'ils se sont ouverts tardivement, entourés d'une épaisse coque réactionnelle n'ayant aucune tendance à s'aplatir, pour que ses surfaces arrivent en contact.

Tout cela ne constitue que des désagréments, mais voici qui est plus grave.

Blaschko a usé des injections de salicylate de mercure émulsionné dans la paraffine liquide. Dans plusieurs circonstances, il a vu les

malades être pris d'angoisse, de dyspnée, de points de côté, de quintes de toux, immédiatement après l'injection. Il attribue ces phénomènes à des embolies de paraffine, l'aiguille ayant lésé quelque vaisseau veineux d'un assez fort calibre. Pour qui connaît la gravité des embolies graisseuses, si redoutées en chirurgie, il y a là de quoi faire réfléchir.

Le grand danger des injections, c'est l'intoxication hydrargyrique avec toutes ses conséquences. L'intoxication est loin d'être rare, et Vogeler en 1891, connaissait *dix* cas de mort publiés ; Smirnoff, en 1892, avait eu six décès dans son seul service. J'en connais un cas à Lyon, où le procédé a été relativement peu employé. M. Gemy a eu également un décès avec l'huile grise. Je n'ai pas la prétention d'avoir réuni tous les faits de mort publiés dans la littérature médicale ; et il est vraisemblable que les cas non publiés sont beaucoup plus nombreux que ceux qui ont reçu de la publicité, personne ne mettant beaucoup d'empressement à narrer ses méfaits.

A côté des observations d'intoxication terminée par la mort, se placent les faits nombreux d'intoxications graves. J'ai publié jadis l'histoire d'un homme intoxiqué chroniquement par une seule injection de mercure métallique, salivant et présentant de la stomatite, chaque fois qu'un traumatisme brisait la zone de sclérose périphérique au noyau métallique. Je dus disséquer et enlever tout le tissu cellulaire de la fesse, pour supprimer la cause des accidents.

Un an après l'injection, des gouttes de mercure métallique sourdaient des tissus. Cette excision du foyer a été pratiquée chez d'autres, et Vogeler, si favorable aux injections de calomel, dit que l'intoxication n'est pas à redouter, parce qu'on peut toujours enlever le poison.

Et ces intoxications, quand on étudie les observations, se produisent en dehors de toute prévision. Plus d'un empoisonné n'avait reçu que des doses faibles, une seule injection (trois injections pour une malade de M. Beurmann observée par Renault). Ce sont des sujets très sensibles à l'intoxication mercurielle, et dont la susceptibilité ne peut pas être soupçonnée avant qu'elle ne se révèle par des accidents plus ou moins inquiétants.

En résumé, le malade souffre presque toujours et meurt quelquefois des injections mercurielles. Étant donné que le plus grand nombre, l'immense majorité des syphilitiques peuvent être traités avec succès par les méthodes usuelles, la méthode gastrique, il faut, pour imposer les injections, des indications spéciales ; ce ne peut être un procédé systématique, indistinctement applicable à tous les syphilitiques.

III

Nous en arrivons à chercher quelles sont les indications de la méthode hypodermique. Nous venons de voir que cette méthode est dangereuse, est-il des cas dans lesquels nous puissions passer outre à ses menaces, pour nous confier à son efficacité ?

Je ne sais rien de plus obscur que cette question. La plupart des publications sur le sujet renferment pêle-mêle des faits dont aucune conclusion ne se dégage. Les uns ont traité systématiquement 5 ou 600 syphilitiques par les injections, le résultat a été bon, mais tout traitement appliqué sur une aussi vaste échelle et sans sélection donnera de bons résultats, parce que sur une masse semblable les cas bénins, guérissant par tous les moyens, sont l'immense majorité. Les appréciations sur les résultats sont des impressions plus que des convictions provenant de la comparaison des diverses méthodes.

La plupart des défenseurs des injections leur attribuent une plus grande rapidité d'action.

En théorie cette supériorité est soutenable, mais en pratique rend-elle beaucoup de services ? En est-on réduit souvent à ce que l'imprégnation des lésions par le mercure doive se faire vingt-quatre heures plus tôt, et cet intervalle est tout au plus celui qui sépare l'absorption par friction de l'absorption par injection. La rapidité, l'instantanéité du traitement a de l'importance presque uniquement dans les syphilis cérébrales, et encore dans les cas exceptionnels.

Les récidives des accidents ne sont pas plus prévenues par les injections que par les autres procédures. Merk proclame cette impuissance contre les récidives pour le sozoiodolate de mercure ; Huot a vu des récidives d'accidents fréquentes chez les malades traités par les injections de calomel. D'ailleurs l'inconstance des récidives ne permet guère d'affirmer l'inefficacité ou la réussite d'une préparation. Ce n'est là qu'une affaire d'impression.

Comme indication je néglige celle admise par certains syphiligraphes : l'avantage d'administrer le mercure au malade malgré lui. Une indication de cette nature n'est pas d'ordre scientifique ; dans les hôpitaux militaires le sergent de chaque salle fait avaler les pilules devant lui : le résultat est le même qu'avec les injections, avec les abcès et l'intoxication en moins.

L'indication réelle, scientifique de la méthode hypodermique résiderait dans ce fait que l'organisme serait sans cesse imprégné de l'agent thérapeutique, le foyer d'injection sécrétant constamment du mercure.

Et d'abord, cette absorption est-elle aussi régulière, aussi durable ? Je ne le crois absolument pas, et je ne veux pour preuve que l'histoire du malade que je rappelais plus haut. Chez lui l'intoxication ne se

produisait qu'après la marche ou les rhumatismes, quand se déchirait la coque inflammatoire renfermant le liquide mercuriel. Logiquement l'absorption doit être très compromise chaque fois qu'une réaction un peu vive se produit autour de la substance injectée.

Cette absorption au lieu d'être constante, mathématiquement dosée d'après le titre et le nombre des injections, est en fait livrée au hasard des réactions inflammatoires. Ce qui le prouve en partie, c'est l'irrégularité des effets toxiques avec une même substance et une même dose : l'huile grise que j'ai employée assez souvent amenant des salivations inquiétantes, brusquement, sans raison apparente, chez les individus qui, pour les injections antérieures ou consécutives, n'avaient rien présenté d'anormal. Chez tel malade, un centimètre cube d'huile grise aura abandonné tout son mercure, en huit ou dix jours, chez un autre, ou chez le même sujet dans d'autres conditions, l'absorption se poursuivra pendant des semaines. La méthode n'est rigoureuse qu'en apparence, et je tiens les frictions quotidiennes, faites avec soin à des doses déterminées, comme produisant une imprégnation beaucoup plus régulière.

Rapidité, régularité et constance de l'absorption, ce sont les prétentions, sinon les indications de la méthode, et à part la rapidité, elles ne sont rien moins que justifiées.

Je ne reconnaîtrais pour ma part, qu'une seule indication aux injections, c'est *l'échec des frictions.*

En raison des dangers des injections, nous ne sommes autorisés à les employer que si les autres méthodes ont été impuissantes. En présence de la syphilis bénigne, la méthode gastrique, la syphilis plus grave réclame les frictions, et si les frictions ne réussissent pas, nous pouvons tenter les injections. Dans combien de cas cette conduite a-t-elle été suivie ? Bien rarement, je crois, et c'est regrettable, parce que dans ces conditions seulement le succès des injections eût affirmé leur supériorité dans les frictions. Je ne connais pas d'observation où cette supériorité éclate nettement. Le plus souvent, les injections ont été employées d'emblée, sans que rien n'établisse que les potions n'auraient pas réussi. Parfois, j'ai rencontré des cas où les injections avaient succédé aux frictions, cas fort rares d'ailleurs, mais le succès n'est pas franc. Il s'agissait de lésions nerveuses, d'origine non exclusivement spécifique ou appartenant à cette catégorie de faits ne guérissant jamais complètement : les injections sont considérées comme ayant amené une amélioration, mais nous savons tous ce qu'a d'élastique ce mot amélioration.

En fait la supériorité des injections sur les frictions n'est nullement démontrée.

En résumé, messieurs, la méthode hypodermique appliquée au traitement de la syphilis par le mercure, ne peut et ne doit être qu'une

méthode d'exception. Elle emprisonne dans les tissus des substances toxiques, dont l'action est subordonnée à l'intervention d'agents dont le rôle est inappréciable d'avance, à la susceptibilité du sujet pour l'intoxication mercurielle, aux hasards de l'absorption variable avec l'état anatomique des parties où l'injection a été déposée.

Le plus grand nombre des syphilis guérissant par les méthodes ordinaires, il n'est pas légitime d'exposer sans nécessité les malades à de véritables dangers, d'autant plus que la supériorité des injections sur les frictions n'est nullement démontrée. Je termine cet aperçu par les conclusions suivantes :

I. — L'emploi des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis doit être réservé à des cas exceptionnels, en raison des inconvénients et des dangers auxquels il expose.

II. — Si, dans un cas de syphilis cérébrale, l'indication paraît extrêmement pressante, on peut d'emblée employer les injections.

III. — Dans les cas où cette urgence d'un traitement immédiat n'est pas démontrée, les injections ne doivent être employées que si les frictions ont échoué.

Essai d'éclaircissement des principes du traitement de la syphilis par le mercure.

Par M. le professeur STOUKOVENKOFF, de Kiew.

En m'appuyant sur tout ce qui a déjà été fait par la science moderne dans cette voie, il me semble qu'on est déjà en droit de tenter d'éclairer la question de l'application thérapeutique du mercure à un point de vue qui diffère quelque peu du point de vue ordinaire, en lui donnant une base théorique, et je crois possible de formuler ici quelques propositions *comme étant prouvées* mais qui, nulle part encore, n'ont été exprimées sous une forme définitive et qui ne sont pas encore des vérités reconnues de tous.

Mes convictions, que je me permettrai d'exprimer devant cette honorable assemblée de dermatologues français, se sont formées en partie d'après les données établies par les travaux existant sur la question et surtout d'après mes observations et mes recherches personnelles, dans ma clinique, principalement grâce à un grand nombre d'observations sur l'élimination du mercure. Pendant plus de dix années, on a fait le dosage du mercure contenu dans les excrétions et particulièrement dans l'urine de presque tous les malades traités dans ma clinique par les diverses préparations mercurielles et par les diverses méthodes d'administration. Ces analyses, de même que l'observation des altérations du sang chez les malades soumis à un trai-

tement mercuriel, sont essentielles à mon avis et il est regrettable qu'elles ne soient pas encore adoptées comme un procédé courant de clinique, attendu que ce n'est que grâce à elles que l'on peut se former certaines convictions, essentiellement importantes pour l'intelligence de l'action thérapeutique fondamentale du mercure. Je serais heureux d'apprendre que dans d'autres cliniques syphilitiques, outre la mienne, les effets thérapeutiques du mercure sont contrôlés par le dosage de ce métal dans les excrétions et en première ligne dans les urines et que ce procédé a force de loi dans le jugement de la question de savoir s'il faut *augmenter, diminuer* ou *cesser* l'administration du mercure au malade.

Je l'avoue, lorsqu'un malade venait me consulter et qu'il me disait : « Je me suis traité (par exemple par des frictions) tout allait bien, les ulcères se cicatrisaient, ils étaient même presque cicatrisés, les douleurs médullaires avaient disparu, etc... Je continuais toujours le traitement, lorsque tout à coup, sans raison, les ulcères ont reparu, les douleurs aussi, etc... » ; je l'avoue, dis-je, c'était pour moi un véritable triomphe quand je pouvais lui répondre, en me basant sur la quantité de mercure contenue dans ses urines : « cessez le traitement ; les accidents dont vous vous plaignez proviennent d'un excès de mercure dans votre organisme ; tâchez de vous en débarrasser et tout cela passera ». Ou bien : « Vous avez déjà fait beaucoup de frictions, mais ce n'est pas encore assez ; continuez, augmentez les doses ; changez la méthode d'administration du mercure, etc... » et, que mes paroles se vérifiaient.

J'admets qu'un syphilidologue, blanchi dans l'étude de sa spécialité, peut, grâce à sa longue expérience, reconnaître sans le secours de l'analyse lorsque l'organisme d'un malade est saturé de mercure, et cela, même en l'absence des symptômes d'intoxication qui la dénoncent, mais dans tous les cas, cette conclusion est toujours conjecturale et n'est pas à la portée de tous.

Avec le dosage du mercure éliminé par les urines, tout commençant même possède un fil qui lui donne le moyen de se diriger dans ses actions thérapeutiques. Cela est d'autant plus important que le mercure est loin d'être un agent indifférent, c'est au contraire un violent poison dont l'introduction dans l'économie exige une grande prudence.

Comme ma profession de foi en thérapeutique syphilitique j'établirai la proposition suivante, à savoir :

1) *Que la quantité de mercure contenue dans le sang,*

2) *L'intensité de l'absorption du métal par le sang,*

3) *Et le temps que le mercure séjourne dans le sang,*

sont les éléments au moyen desquels s'expliquent toutes les données cliniques de la thérapeutique du mercure.

Cette proposition est basée sur les vérités suivantes, vérités sur lesquelles je m'appuierai dans la suite de cette étude :

1) Le mercure n'agit sur l'organisme que lorsqu'il a pénétré dans le sang, indépendamment du mode d'introduction.

2) L'action du mercure sur l'organisme d'un syphilitique est double.

a) Bienfaisante (thérapeutique), et *b*) nuisible (toxique).

Dans le premier cas elle enlève le terrain à la syphilis ; dans le second, elle le lui prépare.

3) La rapidité et l'intensité avec lesquelles s'opère l'absorption du mercure par le sang dépend principalement (en dehors de la quantité) du mode de son introduction dans l'organisme, de sa composition chimique et, en partie, de l'individu.

4) L'intensité avec laquelle le mercure pénètre dans le sang joue un rôle saillant dans l'importance thérapeutique de cet agent et détermine la valeur des méthodes d'introduction du mercure dans l'économie. Plus il pénètre rapidement dans le sang et plus son action est intense.

5) Après la disparition des accidents syphilitiques, la présence d'une grande quantité de mercure dans le sang, d'une quantité dépassant les limites thérapeutiques, et surtout son accroissement, produisent un effet toxique sur l'économie et préparent un terrain favorable au développement d'accidents syphilitiques graves, c'est-à-dire qu'ils agissent dans un sens contraire à la thérapeutique.

6) Le mercure qui a pénétré dans le sang commence aussitôt à s'éliminer; cette élimination peut être constatée dans les urines, et l'intervalle après lequel le mercure apparaît dans cette excrétion et la quantité qu'elle en contient dépendent du mode de son introduction dans l'économie, en dehors de la quantité.

7) Lorsque la quantité de mercure contenu dans les urines dépasse, pour les 24 heures, une certaine limite qui doit être considérée comme *limite extrême thérapeutique*, l'action nuisible du mercure sur l'organisme commence. (Cette quantité maxima de mercure éliminée par les urines en 24 heures est d'environ 4 à 6 milligr., quand on dose par la méthode scalométrique qui est celle que j'emploie).

8) Quand on fait pénétrer le mercure et ses sels dans les tissus de l'économie par la méthode des injections ou par celle des frictions, il se forme dans le lieu où on l'a introduit un « *dépôt primitif* » de mercure ayant une grande importance, selon que ces dépôts peuvent dégager plus ou moins de mercure qui passe dans le sang. Je ne parle pas ici de dépôts, pour ainsi dire, secondaires de ce métal qui pourraient être déposés dans les tissus par le sang.

Ces vérités que j'ai extraites, comme je l'ai dit plus haut, de divers travaux, principalement de ceux de ma clinique et de mes recherches

personnelles basées sur les analyses des urines et aussi sur celles du sang, ces vérités, dis-je, découlent encore de nombreuses observations comparatives faites par moi dans cette direction pendant dix années sur les différentes méthodes de traitement par le mercure et sur les diverses préparations mercurielles ; à ce propos, il est nécessaire que j'appelle plus particulièrement votre attention sur l'introduction dans les tissus de l'économie de mercure métallique finement divisé (huile grise — oleum cinereum) pour pouvoir ensuite, au moyen de faits tirés de ces observations, confirmer pratiquement mes propositions.

Partant des vérités que je viens d'exposer, j'examinerai maintenant la valeur du traitement de la syphilis par la méthode des injections mercurielles, en m'arrêtant un peu plus longtemps sur l'introduction de mercure métallique sous forme d'huile grise.

Méthode des injections sous-cutanées.

a) Composés insolubles. — Injections massives.

L'idée qui a inspiré ces injections est celle-ci : former dans l'économie un dépôt de mercure dont l'absorption par le sang se fera graduellement. Il ne passe dans le sang qu'une partie du mercure ; le reste forme dans la région injectée une sorte de réserve ; on reconnaît la présence du mercure dans les urines, dès le premier jour, au bout de quelques heures, d'une heure même après l'injection. La rapidité de l'absorption par le sang (autrement dit son élimination par les urines) dépend principalement de la forme sous laquelle le mercure a été introduit dans les tissus, de la quantité de métal injecté et enfin des idiosyncrasies. C'est le mercure métallique (huile grise) qui est absorbé le plus lentement (probablement parce qu'il doit subir, avant de pénétrer dans le sang, un plus grand nombre de métamorphoses que lorsqu'il est déjà introduit sous forme de combinaison (oxyde ou sel). Aussi, pour obtenir des effets thérapeutiques équivalant comme intensité et rapidité à ceux de ces composés insolubles, est-on obligé d'injecter dans une même unité de temps une quantité plus grande de mercure métallique que de sels mercuriques. Par exemple, nous administrons le calomel à la dose de 12 à 18 centigr. par injection et de 24 à 50 centigr. environ pour tout le traitement ; l'oxyde jaune, jusqu'à 12 centigr. par injection et de 36 à 48 centigr. pour le traitement (1) ; il est donc introduit au moyen de ces sels de 20 à 44 centigr. de mercure métallique ; lorsque nous employons l'huile grise, nous devons l'administrer à la dose de 18 à 24 centigr. par injec-

(1) Les observations ont porté dans notre clinique sur 124 malades auxquels il a été fait 958 injections. Décrites par mon assistant, le Dr Zelener, dans le *Journal russe de médecine militaire*, année 1890.

tion et jusqu'à 1 gr. en moyenne de mercure métallique pour tout le traitement, c'est-à-dire 2 fois plus pour obtenir des effets curatifs égaux en intensité et en rapidité à ceux produits par les sels. Comme la dépense en mercure provenant des dépôts est à peu près égale dans les deux cas, il est évident que dans les dépôts de mercure métallique, la réserve sera plus considérable que dans ceux de sels mercuriques. Par conséquent, lorsqu'à la fin du traitement nous congédierons nos malades (tant ceux qui auront été traités par les composés insolubles que ceux qui l'auront été par le mercure métallique), ils emporteront tous une certaine provision de métal emmagasinée dans les parties injectées, mais cette provision sera beaucoup plus considérable chez ces derniers que chez les autres et de plus, chez les premiers, la portion de sel mercurique insoluble restée dans les dépôts sera moins susceptible de passer dans le sang que le mercure métallique. Celui-ci se trouve, paraît-il, dans des conditions plus favorables à son absorption par le sang, ce que prouve la quantité considérable et toujours croissante qui en est contenue dans les urines. *Continuant après la cessation du traitement à être absorbé par le sang en quantités croissantes et cela pendant longtemps, le mercure produit, dès lors, une action toxique sur l'économie et conduit à des aggravations dans le cours de la syphilis.*

Ces faits sont confirmés par de nombreuses observations cliniques, par celles de divers cliniciens comme par les miennes propres sur lesquelles je m'appuie (1).

Pour ces expériences, nous avons pris 53 malades ; en tout il a été fait 531 injections d'huile grise (à 20 et 30 p.100) dans la région fessière, ce qui fait à peu près 10 injections par malade, à la dose de 9 à 12 centigrammes de mercure; mais l'action de cette minime quantité de mercure étant trop faible et trop lente, on en faisait deux à la fois, de dix jours en dix jours. L'absorption du mercure par le sang, à en juger par son élimination par les urines, se produit relativement lentement ; on ne commence à l'y trouver en petite quantité que le lendemain du jour où l'on a fait la première injection et l'accroissement est beaucoup plus lent (2 et même 3 fois) que lorsqu'on emploie des sels insolubles (calomel, oxyde jaune), mais en revanche, nous avons constaté ce fait que lorsqu'on a injecté de l'huile grise, il s'élimine du mercure après la cessation du traitement en bien plus grande quantité et pendant un espace de temps bien plus considérable que lorsqu'on a administré des sels de mercure.

Comme conséquence de ce que j'ai dit dans les propositions 4, 5, 6 et 7 on doit s'attendre à ceci :

(1) Décrites par mon assistant, le Dr Lindstroem, dans le *Journal russe de médecine militaire*, 1890.

1° Faible action thérapeutique de ces injections ;

2° Action nuisible du mercure sur l'organisme et sur le cours de la syphilis.

Et en effet, l'action de ce traitement sur les accidents syphilitiques est extrêmement faible. Ainsi 40 cas de roséole ont nécessité pour leur disparition une moyenne de 17,36 jours (termes extrêmes : 8 jours et 58 jours ; majorité de ces cas (19, 22 jours) ; la résorption de syphilides papuleuses exige en moyenne 27 jours (termes extrêmes de 10 à 60 jours ; majorité des cas : 30 jours), etc..., ce qui est lent, très lent, comparé au cours de ces mêmes accidents traités par des injections de sels insolubles et, à plus forte raison, de sels solubles.

A ce qui précède, j'ajouterai que dans 13 cas, malgré le traitement commencé, les éruptions syphilitiques ont progressé et ont même pris des formes plus graves. Dans 2 cas, après 2 injections, une roséole a dégénéré en éruption papuleuse ; dans un cas, après 2 injections doubles, des papules ont dégénéré en pustules ; dans 2 cas, après 2 injections doubles, l'éruption des papules miliaires et des pustules a continué ; dans 2 cas, après 4 injections doubles, l'éruption des papules syphilitiques ne s'est pas arrêtée, fait que nons n'avons jamais observé avec les autres injections mercurielles et qui prouve pleinement *la faiblesse de l'effet curatif du mercure introduit dans les tissus de l'organisme sous la forme métallique, lors même qu'il est finement divisé.*

Ma seconde proposition est confirmée par les faits suivants. Nos malades nous ont donné un grand nombre de récidives (30 p. 100 et peut-être davantage, car on n'a pu les suivre tous). Ces récidives ont apparu au bout d'un mois (c'est le plus grand nombre) de 2, de 4 et de 6 mois ; ces récidives, dans tous les cas observés, se sont manifestées sous *une forme plus grave que les accidents initiaux ; elles étaient accompagnées de stomatites mercurielles intenses et caractérisées par la présence du mercure dans les urines en quantité plus considérable que lors de la suspension du traitement dans la plus grande partie des cas.* La proportion de ces stomatites a été d'environ 50 p. 100 (exactement 48,48 p. 100) ; sous le rapport de l'intensité, elles étaient graves, rebelles ; pour la plupart elles apparaissaient à la fin du traitement et, seulement dans trois cas, après quatre injections ; dans d'autres, au bout d'un temps considérable après la suspension de la cure (1 et demi, 2 et demi et 4 mois) et les urines contenaient encore une quantité considérable de mercure. Dans 5 cas la stomatite était compliquée de symptômes d'anémie très intense. A la fin du traitement, on observait chez beaucoup de malades des douleurs dans les membres, très intenses dans 5 cas et dans 3 autres coïncidant avec la stomatite ; dans 4 cas, à la fin de la cure il s'est déclaré une diarrhée persistante, dans 3 cas accompagnée de stomatite.

Ainsi donc, l'on voit que dans ce mode de traitement, le mercure est administré en quantité plus considérable que lorsqu'on injecte des sels mercuriques et que, dans le premier cas, les effets thérapeutiques obtenus sont beaucoup plus lents que dans le second ; cela démontre clairement *que la rapidité d'action du mercure dépend, non de la quantité du métal qu'on introduit dans l'organisme, mais de la quantité qui en est absorbée par le sang* ou, ce qui revient au même, qui en est éliminée par les urines). D'autre part, la cure terminée, les accidents syphilitiques pour lesquels il se traitait disparus, le malade, emportant dans les tissus de son organisme une quantité considérable de mercure susceptible d'être absorbée par le sang (accroissement de la quantité de mercure dans les urines, stomatites, etc.), le malade, dis-je, demeure sous l'influence du mercure ; et, si ce métal continuait à produire une action curative, il semble que son organisme devrait être assuré contre une nouvelle poussée de phénomènes syphilitiques. Cependant, que voyons-nous? Non seulement des accidents syphilitiques se produisent contre toute attente, mais encore ils se produisent sous une forme plus grave que ne l'étaient les premiers qui ont précédé le traitement! Conséquemment, l'organisme, sous l'influence d'une action continue du mercure, non seulement ne s'est pas rétabli, mais au contraire sa force de résistance à l'action du virus syphilitique s'est affaiblie, son organisme a perdu de sa vigueur. Comme la manière de vivre de ces malades n'est changée en rien après leur traitement, puisqu'ils restent ce qu'ils étaient avant la cure et que ces conditions sont les mêmes pour une foule de nos malades traités par les injections de divers sels solubles ou insolubles et chez lesquels nous n'avons jamais observé que les récidives se soient produites sous une forme plus grave que les accidents antérieurs au traitement, il est impossible d'attribuer cet affaiblissement de la résistance de l'organisme à l'égard du virus syphilitique à quelque influence externe accidentelle (alcoolisme, mauvaises conditions hygiéniques, etc.).

Où chercher la cause de cette aggravation dans l'état général des malades? Nous le trouverons dans les dépôts primitifs de mercure qui continuent à fournir du métal au sang alors que les phénomènes syphilitiques ont disparu et qui produisent ainsi une impression accablante sur l'économie en attaquant ses forces et en favorisant par là le développement d'accidents syphilitiques plus graves. Cette explication découle invinciblement de l'observation clinique des malades traités par les injections de mercure métallique. Elle est encore brillamment confirmée par des recherches faites plus tard dans ma clinique sur l'influence du mercure sur le sang (1) et qui prouvent que

(1) STOUKOVENKOFF. De la chloro-anémie syphilitique et mercurielle. *Annales de Dermat. et de syphilogr.*, août 1892. V. aussi les recherches du Dr ZÉLÉNER :

l'action salutaire du traitement mercuriel est suivie, après une certaine dose de mercure, d'une action accablante sur l'économie se manifestant avant tout par le développement de l'anémie mercurielle. Il est vrai que cette anémie disparaît promptement dès que l'on interrompt le traitement, lorsque ce traitement a consisté en des injections d'un composé mercuriel rapidement éliminable, le benzoate de mercure ; mais ici, tel n'est pas le cas, attendu que les dépôts de mercure qui se forment après des injections d'huile grise sont susceptibles de fournir pendant longtemps encore du mercure au sang (1).

Enfin, la méthode des cures intermittentes de la syphilis par le mercure n'est-elle pas une preuve directe que l'éminent observateur auquel on la doit a bien reconnu expérimentalement la nécessité de préserver le malade de l'action trop prolongée du mercure sur son organisme et a ainsi justifié de fait les idées que j'expose ici.

Il me semble que tous ceux à qui les faits précités paraîtront probants devront, en y réfléchissant, arriver immanquablement aux conclusions suivantes :

Si le mercure métallique introduit sous la peau a une action nuisible par suite de la lenteur de son absorption par le sang, c'est-à-dire par suite de son séjour prolongé dans les régions injectées sous une forme susceptible d'être absorbée ultérieurement, l'effet produit sera moins nuisible :

1° Lorsque le mercure injecté restera dans les tissus mais sous forme de dépôts *immobiles*, non susceptibles d'être absorbés par le sang en quantité considérable.

2° Moins nuisible et en même temps plus utile sera le mercure qui, introduit dans les tissus, formera des dépôts immobiles et en même temps sera susceptible de fournir au sang une quantité plus considérable de mercure dans l'unité de temps.

Sur la question de la chloro-anémie syphilitique et mercurielle. Kiew, Nouvelles universitaires, 1892.

(1) A ce propos, je rappellerai la communication faite au deuxième congrès international de Vienne par le Dr Konried (Bericht über die Verhandlungen des II internation. Dermatolog. Congreses : Ueber quantitat. Veränderungen der Bestandtheile des Blutes bei Syphilis), lequel ne connaissait évidemment pas les travaux du Dr Zéléner et qui confirme les résultats de nos recherches ; la seule différence, c'est que chez nos malades, sous l'influence du traitement par les injections de benzoate de mercure, la restauration du sang se produisait très rapidement et les symptômes d'anémie mercurielle apparaissaient après 15 à 16 injections, tandis que chez ceux de Konried qui employait dans ses expériences les frictions d'onguent napolitain à la dose de 4 grammes, la restauration du sang s'obtenait après 20 à 30 frictions et le commencement de l'anémie, après 30. Ces chiffres prouvent clairement la plus grande rapidité d'action de minimes quantités de métal introduites sous la forme d'injections de benzoate de mercure, minimes en comparaison de l'énorme quantité de mercure introduite sous la forme métallique par la méthode des frictions (6 centigr. dans le premier cas et 1 gr. 25 centigr. dans le second).

3° L'idéal sous ce rapport serait un composé mercuriel qui, introduit dans l'économie, serait rapidement absorbé par le sang et éliminé de même sans former ou sans presque former de dépôts immobiles et, à plus forte raison, de dépôts mobiles dans les tissus de l'organisme, en un mot, un composé dont la quantité absorbée par le sang serait égale ou à peine plus faible que la dose administrée.

Si nous classons à ce point de vue les différentes préparations mercurielles, nous devons mettre en première ligne, après le mercure métallique, les sels mercuriques insolubles, servant aux injections et qui tous, indépendamment de la dose administrée, ne sont absorbés qu'en partie par le sang, tandis que l'autre partie semble former des dépôts immobiles dans les tissus. Ensuite viennent les sels introduits sous forme de solutions ; parmi ceux-ci, les uns répondent davantage à l'idéal que j'ai indiqué, les autres moins, selon qu'ils coagulent ou ne coagulent pas l'albumine. Les premiers (type, le sublimé corrosif), étant introduits sous la peau, forment très promptement une combinaison rapidement absorbée par le sang ; mais il n'en est ainsi que d'une petite partie de liquide injecté attendu que la plus grande partie va former avec l'albumine des tissus un coagulum qui est absorbé peu à peu par le sang, et encore pas en totalité. L'exactitude de ce fait est prouvée par le dosage du mercure dans les urines, par la formation de nodi cliniquement déterminables, enfin par les données obtenues au moyen d'expériences pratiquées sur des animaux et par des observations faites incidemment sur des cadavres.

Les sels de la seconde catégorie (ne coagulant pas l'albumine), introduits sous la peau, se changent plus ou moins complètement en une combinaison absorbée par le sang et conséquemment on obtient des effets thérapeutiques plus complets avec des doses comparativement plus faibles. Cela est confirmé par ce fait, que des doses équivalentes à celles des composés précédents produisent des effets thérapeutiques plus puissants ; on constate la présence du mercure dans les urines plus tôt et en plus grande quantité ; le métal n'est pas retenu dans l'organisme et il ne s'en accumule pas dans le sang lors de la suspension du traitement ; il ne se forme pas de nodi dans les parties injectées ; tout au plus observe-t-on des infiltrats œdémateux provenant de l'irritation des tissus, accidents qui disparaissent très vite.

Comme type des sels de cet ordre, j'indiquerai le benzoate de mercure (hydrarg. benzoicum oxydatum). Quoique près de moitié moins riche en mercure que le sublimé (43 p. 100 contre 78 p. 100), il donne pour des doses plus faibles que le sublimé, une plus grande quantité de mercure dans les urines et des effets thérapeutiques incomparablement plus rapides, de sorte que, à mes yeux du moins, il se rapproche de l'idéal indiqué.

Maintenant, peut-être faut-il considérer comme un développement de ma pensée et la réalisation de cet idéal dans toute sa pureté l'idée d'injecter du mercure (ou sublimé) directement dans les veines ? Dans tous les cas, je crois qu'il est encore trop tôt pour se prononcer pour ou contre cette méthode, quoique cette idée réponde parfaitement à la théorie que je viens d'émettre et je serai le premier à la mettre en pratique dès que je serai arrivé à la conviction complète de son innocuité pour les malades.

Note sur les injections de préparations mercurielles insolubles, et en particulier d'huile grise, dans le traitement de la syphilis.

Par M. Georges Thibierge.

La mise à l'ordre du jour par la Société de la question des injections de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis m'amène à exposer devant elle les résultats que j'ai obtenus par cette méthode. Mes essais sont encore trop récents pour que je me sois décidé, sans cette circonstance, à les publier et j'aurais préféré attendre qu'ils fussent plus nombreux ; j'espère cependant que, ajoutée aux communications de mes collègues, la présente note apportera quelque appoint à nos discussions.

Mes essais remontent au mois de novembre dernier, où je les ai commencés sur les sollicitations de nos collègues Balzer et Le Pileur. Depuis cette époque, j'ai fait dans le service de M. Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer, environ 200 injections de préparations insolubles (1).

Les observations que j'ai sous les yeux ont trait à 40 malades (24 hommes et 16 femmes) ayant reçu en tout 157 injections.

Un petit nombre de malades (6) ont reçu des injections de calomel, au nombre total de 8 ; le calomel en suspension dans l'huile de vaseline était injecté à la dose d'une seringue ou d'une demi-seringue, soit 5 ou 10 centigrammes de calomel. J'ai réservé ces injections aux manifestations syphilitiques graves et je les ai faites au début du traitement, pour attaquer activement les manifestations, continuant le traitement par les injections d'huile grise. En effet, ces injections, dont je reconnais, avec leurs promoteurs, la réelle et très rapide efficacité, m'ont toujours paru trop douloureuses pour être la base unique d'une méthode de traitement de la syphilis ; les injections d'huile grise sont déjà suffisamment actives pour mériter une grande

(1) Je me restreins ici à l'exposé des faits observés à l'hôpital, où ils ont pu être contrôlés par tous.

confiance et pour terminer heureusement une cure à laquelle une ou deux injections de calomel ont donné un coup de fouet initial.

En dehors de ces quelques injections de calomel, tous mes essais ont porté sur les injections d'huile grise. Je me réserve d'expérimenter les autres préparations insolubles ultérieurement, lorsque j'aurai étudié sur une plus large échelle les injections d'huile grise.

L'huile grise dont je me suis servi a été préparée par M. Milliet, interne en pharmacie du service.

Voici, d'après la note que m'a remise M. Milliet, le mode de préparation qu'il a employé et qui diffère quelque peu des modes habituels.

« Agitez dans un petit matras en verre de 300 centimètres cubes lavé à l'alcool, 30 gr. de mercure purifié et 5 gr. de teinture éthérée de benjoin. Décantez la teinture et remplacez-la par 10 gr. d'éther; agitez de nouveau et lavez ainsi plusieurs fois à l'éther jusqu'à ce que le liquide surnageant ne soit plus coloré par le benjoin tenu en dissolution.

Versez le mercure dans un mortier; lavez avec soin le matras à l'éther de manière à entraîner tout le mercure qui y est contenu. Triturez d'abord avec 30 gr. de vaseline blanche solide liquéfiée à une douce chaleur. Lorsque la masse sera refroidie suffisamment pour avoir une consistance de pommade, ajoutez-y peu à peu en triturant 40 grammes de vaseline liquide. Mêlez avec soin jusqu'à ce qu'un peu d'huile ainsi préparée ne laisse plus apercevoir à la loupe aucun globule métallique lorsqu'on l'examine soit directement, soit après l'avoir étendue sur une feuille de papier sans colle ou sur une feuille de papier noir.

La préparation demande à peu près deux heures pour être complète.

On enferme le produit dans un flacon bouché à l'émeri et préalablement lavé à l'alcool.

L'huile grise ainsi préparée est suffisamment fluide et contient exactement et exclusivement du mercure et de la vaseline dans la proportion de 30 de mercure pour 100 d'huile grise.

Ce mode de préparation a l'avantage de débarrasser entièrement l'huile grise du benjoin qui persiste dans l'huile grise préparée par les méthodes ordinaires. »

Les injections de 3 gouttes d'huile, répétées généralement une fois par semaine, ont toujours été pratiquées avec les plus minutieuses précautions aseptiques : lavage des mains de l'opérateur au savon et au sublimé, lavage semblable avec une brosse de la région qui devait recevoir l'injection, stérilisation de la seringue par l'immersion pendant 5 à 10 minutes dans l'eau en ébullition, stérilisation de l'aiguille avant chaque injection par le même procédé. Je me suis servi pour

les injections d'une seringue de Straus à piston en maille de sureau, complètement stérilisable, ne présentant aucune monture métallique extérieure et j'attache une grande importance à ce dernier point : les seringues tout en verre ont le grand avantage de ne pas s'altérer et de ne pas altérer le liquide injecté et surtout de se nettoyer très facilement, leur propreté et leur intégrité pouvant être immédiatement vérifiées; la partie métallique qui termine inférieurement le piston est le seul inconvénient de cette seringue, mais, en ayant soin de la nettoyer rapidement, on évite l'action du mercure sur elle et l'altération de nos instruments a été inappréciable.

L'injection faite avec une longue aiguille dans les masses musculaires de la fesse, — en ayant soin, suivant la recommandation de M. Besnier et de M. Balzer, de s'assurer, avant d'injecter le liquide, qu'il ne sort pas de sang, indice de la pénétration dans un vaisseau — la piqûre était recouverte d'une rondelle d'emplâtre de Vigo, après avoir été essuyée avec de l'ouate aseptisée s'il se produisait un écoulement sanguin.

Ces précautions, que quelques-uns trouveront peut-être excessives, me paraissent toutes indispensables pour se mettre à l'abri des accidents locaux : je suis trop convaincu de l'absolue nécessité pour les médecins d'entrer résolument dans la voie tracée par les chirurgiens pour ne pas recommander d'observer ponctuellement tous les préceptes de l'asepsie dans une opération qui, toute minime qu'elle est, peut être l'origine de suppurations. Deux fois seulement, soit une fois sur 75 injections, j'ai vu se développer des abcès, chez 2 femmes âgées de 20 et de 23 ans : la douleur qu'ils ont provoquée a été assez peu prononcée et leur marche si rapide que leur présence n'a été constatée qu'après leur ouverture, rendant ainsi impossible la détermination de leur nature microbienne ou amicrobienne.

La plupart des injections ont laissé des nodosités profondes, dures, douloureuses à la pression pendant cinq à dix jours, quelques-unes ont été suivies de douleurs spontanées ou réveillées par les mouvements pendant trois à huit jours. Ces douleurs, plus fréquentes lorsque la piqûre de l'injection avait donné lieu à un écoulement sanguin, ont rarement été assez intenses pour obliger les malades à garder le lit, et jamais la nécessité de rester couché n'a duré plus d'une journée.

Les douleurs intenses sont donc l'exception après ces injections, et, comme tous les médecins qui ont eu recours à ce traitement, je pourrais citer l'exemple de malades, venus du dehors pour subir une injection, qui sont retournés immédiatement à leurs occupations et n'en ont interrompu aucune, alors même qu'elles les obligeaient à un travail pénible et à des marches prolongées.

Néanmoins, ces douleurs, qui peuvent aussi bien succéder à la deuxième ou à la troisième injection qu'à la première, sont l'écueil

de cette méthode, car on ne sait jamais à l'avance si elles se produiront ou non, et il faut toujours prévenir les malades de leur possibilité.

Un de mes malades a quitté l'hôpital après la première injection, vraisemblablement pour ne pas continuer le traitement sous cette forme, mais les autres l'ont subi sans récrimination, et je n'ai pas vu se produire dans mon service cet exode des syphilitiques qui a succédé aux essais tentés à plusieurs reprises d'injections mercurielles solubles polyhebdomadaires.

Les accidents buccaux imputables aux injections n'ont pas dépassé en fréquence et en intensité ceux que l'on observe dans le cours des traitements hydrargyriques internes : la salivation et la stomatite ont été modérées. Il est vrai que j'ai exclu du traitement par les injections les sujets dont les gencives étaient en mauvais état, et que j'ai prescrit à tous les sujets qui y étaient soumis des frictions avec une poudre contenant un tiers de chlorate de potasse, mais c'est là une pratique constante dans le service de M. Besnier, et je n'ai rien fait de plus aux sujets mercurialisés par les injections qu'aux sujets mercurialisés par la voie gastrique.

Dans un seul cas, j'ai observé une stomatite intense : il s'agit d'une femme atteinte de plaques syphilitiques cutanées très étendues, qui avait reçu deux séries de trois injections d'huile grise ; huit jours après sa sortie (la dernière injection remontait alors à quinze jours), elle fut prise d'une stomatite intense, avec ulcérations très douloureuses, qui la força à rentrer à l'hôpital. J'ai cru tout d'abord être en présence d'un cas de stomatite tardive analogue à celui que nous a communiqué notre collègue M. Al. Renault. Mais avant d'inscrire cette stomatite au passif des injections, j'ai voulu rechercher si la malade n'avait pas fait usage de quelque autre préparation mercurielle, et j'ai appris que, en effet, depuis sa sortie, elle avait fait cinq ou six injections vaginales avec une solution de sublimé. Dans ces conditions, je ne sais s'il faut accuser l'huile grise ou les injections vaginales, ou les deux à la fois ; je ne crois pourtant pas qu'une observation semblable doive être invoquée contre la méthode que j'expérimentais, et il me faudrait d'autres faits plus probants pour l'incriminer.

Les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus dans les manifestations syphilitiques les plus diverses, syphilides secondaires de toute forme et de tout siège, gommes, ulcérations tertiaires, ont été des plus remarquables, et supérieurs comme rapidité à ceux fournis par les traitements internes habituels. Je n'insisterai d'ailleurs pas sur ce point : l'efficacité des préparations mercurielles insolubles paraît bien établie aujourd'hui, et on ne discute plus que sur leurs inconvénients. Je signalerai seulement le fait d'une femme, atteinte depuis 14 ans de manifestations syphilitiques superficielles péribuccales, à récidives

incessantes, chez laquelle j'ai obtenu, par trois injections d'huile grise, la disparition complète des lésions, qui ne se sont pas reproduites depuis deux mois ; les traitements les plus divers n'avaient pas jusqu'ici produit un effet aussi durable; je ne voudrais cependant pas en conclure que la guérison définitive est dores et déjà atteinte chez elle.

En résumé, les essais que j'ai tentés des injections de préparations mercurielles insolubles m'ont prouvé l'efficacité de cette méthode, son innocuité au point de vue des accidents généraux du mercurialisme, le peu d'intensité de ses complications locales lorsque les injections sont faites aseptiquement.

En employant, comme je l'ai fait à l'instigation de M. Balzer, de faibles quantités de la préparation, on se met à l'abri des inconvénients résultant de l'accumulation en un point de l'organisme, d'une quantité de mercure dont on ne peut graduer l'absorption.

Je pense donc que cette méthode mérite une confiance particulière dans les syphilis graves, dans les syphilis rebelles, dans tous les cas où le traitement doit être mené rapidement, dans tous ceux où le médecin veut et doit être sûr que le médicament est réellement introduit dans l'organisme. Elle m'a paru de beaucoup supérieure aux injections de sels solubles, qui sont douloureuses et doivent être renouvelées fréquemment. Mais je ne la considère que comme *une* méthode de mercurialisation applicable à certains cas déterminés, et non comme *la* méthode de mercurialisation à adopter chez tous les syphilitiques.

Sur les injections mercurielles,

Par M. Louis Jullien.

Les injections de composés mercuriels acceptées avec faveur à l'étranger rencontrent une défiance grandissante auprès des syphiligraphes français. Je viens les défendre aujourd'hui, montrer pourquoi, les ayant essayées, je leur reste fidèle, sans leur sacrifier aucun de nos moyens classiques, estimant que l'on n'est jamais trop armé dans le long combat contre la syphilis.

En 1889, faisant part au Congrès de dermatologie de mes observations sur *la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement,* je démontrai que la dyspepsie s'observe avec une grande fréquence dans le cours de la syphilis, et, ajoutai-je, il y a lieu de supposer que le traitement spécifique, tel qu'il est le plus généralement institué, n'est point étranger à son développement. Je fis voir les liens qui rattachaient l'état de la muqueuse gastrique aux lésions

de structure du foie, cirrhose commençante ou précirrhose de Glénard, susceptible de constituer, à côté de la neurasthénie gastrique, une véritable neurasthénie hépatique, variétés éventuelles de la neurasthénie syphilitique sur laquelle M. le professeur Fournier devait quelques années plus tard appeler l'attention. Mon interprétation était d'accord avec les résultats expérimentaux de Liebreich (1) dénonçant l'action du sublimé sur la muqueuse digestive comme susceptible d'entraîner, à la faveur de l'hyperhémie et des hémorrhagies, la pullulation des micro-organismes qui existent normalement dans l'intestin, et consécutivement des ulcérations et des nécroses. Dès lors il paraissait logique de soustraire, dans la mesure du possible, le tube digestif à cette dangereuse action du corrosif, et la méthode hypodermique se présentait avec cette supériorité, sur laquelle a bien insisté Cesena (2) en 1890 : d'exercer ses effets en dehors et dans la zone la plus éloignée du tégument gastro-entérique. Plus tard, Houlky-bey fit remarquer que l'absorption cutanée jetait immédiatement les mercuriaux dans le torrent sanguin, tandis que par l'intestin ils doivent gagner la veine porte pour arriver au foie dont la fonction est de retenir la plupart des métaux. J'ajouterai que la plus grande partie est encore entraînée vers l'anus. Ainsi le mercure prépare les altérations du foie, et en même temps le foie atténue l'action du mercure. La méthode hypodermique pare donc ici à un double inconvénient, et se présente avec la garantie de la préservation viscérale assurée et de l'efficacité accrue.

Abordons maintenant la pratique.

C'est un fait d'observation, que, dans nombre de cas, la thérapeutique classique reste désarmée, les malades se lassent des pilules inactives, des frictions qui n'influencent que l'état de leurs gencives ; les accidents se multiplient ou restent stationnaires. Et après une cure qu'il croyait parfois excessive, quel est celui qui, faisant l'analyse des urines, n'a pas éprouvé souvent l'étonnement de n'y point déceler de mercure ; et en face de sujets à nutrition irrégulière, des obèses surtout, cette réflexion ne vous vient-elle pas, que le mercure qu'ils absorbaient ils le rendaient sans en retenir un atome ? Eh bien, ces sujets-là sont essentiellement tributaires de la thérapeutique extérieure, cutanée, par les frictions, dont je n'ai pas à m'occuper ici, ou sous-cutanée, par les injections.

Je sais bien ce que les tenants des pilules vont me répondre, leurs succès seraient plus assurés si les malades exécutaient fidèlement leurs ordonnances ; mais n'est-ce pas déjà un avantage que de soustraire la médication au caprice et à la supercherie ?

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 1024.

(2) CESENA DAVIDE. — Sul metodo de comportarsi di alcuni rimed. mercur. nella sif. *Giorn. ital. d. m. v.*, 1890, p. 150.

Je trouve une seconde indication dans la nécessité d'agir promptement, et je n'en connais pas de plus impérieuse que l'urgence d'une détermination opératoire. J'ai exposé ce point spécial au Congrès de chirurgie de 1892. La clinique s'accorde avec la chimie qui montre la réaction hydrargyrique de l'urine deux heures après l'injection, 5 jours avec la méthode gastrique, et une ou deux semaines avec les frictions (Linden). Pour la rapidité, la supériorité revient donc aux injections.

On ne contestera pas, je pense, l'intensité de la mercurialisation par l'injection de calomel. Heilmann a montré que les mêmes effets s'obtenaient en 46 jours avec les injections, en 51 avec les frictions, en 56 avec les ingesta ; le premier moyen l'emporte donc en énergie. J'ai de plus soutenu au *Congrès de Rome* la possibilité d'obtenir jusqu'à l'extinction les manifestations de la syphilis débutante, en produisant une véritable abortion de la maladie. Marino (de Palerme) a fait des observations identiques.

Si nous passons aux griefs qu'on oppose aux injections, nous devrons discuter l'abcès, l'accumulation, l'intoxication.

L'abcès est de plus en plus rare, on peut même dire exceptionnel. Si l'on observe des ramollissements du foyer, parfois avec ouverture, on sait depuis les expériences de Mazza qu'ils sont absolument aseptiques.

Le sel injecté se conserve, dit-on, en des nodules toujours faciles à constater. Il est prouvé qu'au bout d'un certain temps il s'est formé tout autour une zone qui empêche l'absorption Même, dans un cas, un foyer ouvert au bout de trois ans et demi donnait un suintement mercuriel sans que l'urine contînt une trace de mercure (Frolow). Ce fait doit être connu, il peut conduire à modérer les doses, mais non point à condamner la méthode.

Quant aux cas d'empoisonnement, pas un ne résiste à un examen scrupuleux ; ils furent toujours le résultat d'erreurs ou de graves imprudences. Pour moi, je n'en ai jamais observé, m'en tenant à des doses dont l'innocuité a fait ses preuves. Au surplus si une éventualité semblable, qu'il serait puéril de nier, se produisait, la conduite est toute tracée : il faut ouvrir et curetter le foyer. Vogeler, Lesser, Augagneur ont fait cesser immédiatement les symptômes graves, par une intervention décisive.

Afin de prévenir de tels dangers on scrutera les reins et le foie, et les tares viscérales constitueront un motif d'exclusion sans appel. On éliminera de même les suppurants, car les microbes pyogènes peuvent venir envahir le foyer, et les sujets faibles, à moins que cette faiblesse ne dérive du mal qu'il s'agit de guérir.

Je crois de plus qu'il sera bon de graduer les doses de calomel de 5 centigrammes à 10 centigrammes, en se basant sur le poids du corps de 50 kilogrammes. à 80 kilogrammes.

Dans ces conditions, et en restant parfaitement aseptique, nous pourrons, tout porte à l'espérer, continuer les séries heureuses, sans avoir à redouter ces catastrophes, qui seraient doublement à regretter si elles devaient nous arrêter dans une voie d'indéniable progrès.

Du traitement de la syphilis par les injections de benzoate de mercure.

Par M. le professeur STOUKOVENKOFF, de Kiew.

Dans la lutte que nous soutenons avec un ennemi aussi fort que l'est la syphilis, nous devons chercher à nous munir d'une arme sûre qui agisse promptement sur la maladie et qui soit inoffensive pour le malade. Cette arme, nous la possédons dans la solution aqueuse de benzoate de mercure qui réunit en elle tous les avantages qu'a en vue la méthode des injections et n'a pour ainsi dire aucun de ses défauts.

Par l'application au traitement de la syphilis chez mes malades de la méthode des traitements successifs, mais en procédant par des injections de benzoate de mercure, j'obtiens les résultats suivants :

1) Dès le commencement du traitement, les malades passent à une période affranchie de récidives ; on leur garantit presque l'absence de manifestations syphilitiques, ce qui est d'une immense importance pour le malade et surtout pour ceux qui l'entourent.

2) Rapidité du traitement.

3) Rétablissement visible du malade en un temps relativement plus court.

4) On n'introduit, durant tout le traitement, dans l'organisme du malade qu'une quantité minime de mercure :

Pour 1 injection = 0 gr. 01 benzoate de mercure. — Pour 1 stade du traitement = 0 gr. 24-03. — Pour le traitement entier = 1 gr. 2 à 1 gr. 5 de mercure métallique.

Par le traitement au moyen des autres composés mercuriels, on introduit dans l'économie :

1 injection de sublimé = 0 gr. 02. — 1 stade du traitement = 0 gr. 6. — Traitement entier = jusqu'à 3 gr. 1.

1 injection oxyde jaune = 0 gr. 02. — 1 stade du traitement = 0 gr. 7. — Traitement entier jusqu'à 2 gr. 1/2, 4.

1 injection huile grise = 0 gr.02. — 1 stade du traitement = 1. — Traitement entier = jusqu'à 5 gr.

Par frictions d'onguent napolitain = 0 gr. 6 à 1 gr. 25. — 1 stade du traitement = 18 à 36 gr. Traitement entier = 85 à 170 gr.

J'emploie pour mes injections exclusivement la solution aqueuse de benzoate de mercure préparée selon mon ancienne formule :

Benzoate de mercure		0 gr. 25
Chlorure de sodium chimiquement pur	} ââ	0 gr. 06
Chlorhydrate de cocaïne	}	
Eau distillée		30 gr.

Les injections se font chaque jour ; leur nombre varie de 24 à 30 pour un stade du traitement ; par exception, dans certains cas on en fait plus ou moins : pour chaque injection on prend 2 gr. de la solution ; quelquefois le traitement commence par un gramme de liquide (une demi-seringue) ; dans les cas graves (accidents cérébraux dans leur période initiale, lésions gommeuses menaçant de destruction une cavité quelconque, je recours à 2 injections quotidiennes du premier au deuxième jour et même au cinquième jour pour arrêter promptement le développement des phénomènes menaçants. Peut-être nos observations ultérieures sur les altérations du sang et en général sur les phénomènes qui se passent dans l'organisme des syphilitiques nous permettront-elles de diminuer ce nombre d'injections et amèneront-elles comme conséquence des changements dans la durée des intervalles de repos entre les stades du traitement ; toujours est-il qu'actuellement nous nous en tenons à ces doses et à ces intervalles qui sont basés sur les données cliniques.

L'instrument dont je me sers pour mes injections est une seringue d'une capacité de 2 gr., construite pour moi, d'après mes indications, par Leiter, de Vienne ; l'aiguille a une longueur de 4 à 5 centim., elle est platinée, ne se détériore pas et dure très longtemps, des mois. La région adoptée exclusivement par moi pour les injections est la région fessière, les deux côtés alternativement et les piqûres disposées en échiquier. On enfonce l'aiguille profondément dans le tissu cellulaire hypodermique, mais non jusqu'aux muscles ; c'est pourquoi il faut pincer la fesse entre le pouce et le troisième et le quaquatrième doigt de la main gauche. Les seules précautions que j'emploie sont : une grande propreté, le lavage de l'aiguille dans cette même solution de benzoate de mercure et la désinfection préalable de la peau à l'endroit de la piqûre.

Dans aucune de nos injections faites par moi ou par mes élèves il ne s'est formé d'abcès ; très rarement, il m'est arrivé de voir de petites gangrènes partielles de la peau dans les endroits injectés provenant de piqûres répétées coup sur coup à la même place et faites par des collègues insuffisamment attentifs ou prudents. Les stomatites sont comparativement rares ; elles se présentent ordinairement sous la forme de gingivites faibles après dix, quinze injections (parfois après cinq et six) et elles disparaissent toujours rapidement si l'on suspend le traitement pendant 2 à 5 jours. Les complications du côté de l'estomac sont encore plus rares ; elles se manifestent par une diarrhée accompagnée de douleur et de ténesme. Si l'on ne prend pas

ces accidents à temps, cela peut aller jusqu'à l'hémorrhagie intestinale (2 cas) ; la guérison est rapide (3 à 5 jours) dès qu'on cesse les injections.

M. Verchère (Paris). — Malgré les plaidoyers que nous venons d'entendre en faveur des injections considérées comme méthode générale. Je suis d'avis qu'elles ne doivent jamais être considérées que comme une méthode d'exception. Les malades ont quelquefois des abcès, souvent des douleurs, généralement des indurations persistantes, et tout cela pour gagner 10 ou 14 jours sur la durée du traitement de leurs syphilides. La compensation n'est pas suffisante. D'après M. Jullien, la guérison pourrait être définitive parce qu'il a vu des cas où le traitement commencé de bonne heure a coupé court à toute manifestation autre que le chancre. Mais nous voyons cela tous les jours avec les traitements les plus variés, et même sans traitement.

M. Augagneur (Lyon). — Après avoir lu les notes de M. Jullien, un praticien quelconque croira manquer à son devoir en ne faisant pas des injections de calomel au premier syphilitique qu'il aura à traiter. Or cela me paraît dangereux, car de l'avis même des défenseurs des injections, il faut des précautions minutieuses pour n'avoir pas d'accidents, eux-mêmes en ont eu presque tous à leurs débuts. C'est une méthode qui ne peut pas être employée par tout le monde, mais seulement par quelques spécialistes.

Au point de vue des résultats, les seuls cas probants sont ceux où les injections ont amené la guérison après l'échec des autres méthodes et notamment des frictions.

M. Jullien. — Il existe des cas de ce genre.

M. Balzer (Paris). — J'emploie beaucoup les injections et je n'ai eu qu'un seul abcès sur un millier d'injections en trois ans, et dans ce cas il s'agissait manifestement d'une aiguille mal nettoyée. Il n'est même pas nécessaire de s'entourer de tout l'appareil antiseptique que réclament quelques-uns ; il suffit d'être propre.

Dans les cas de mort par intoxication qui ont été publiés, les doses étaient manifestement excessives, il ne faut pas oublier que le mercure est un poison et qu'il est dangereux d'en injecter 0,50 et un gramme d'un coup comme cela a été fait dans quelques-uns des cas mortels.

Les embolies de paraffine n'ont jamais causé la mort et sont facilement évitées en s'assurant, avant d'injecter, qu'il ne sort pas de sang par la canule. Les stomatites sont moins fréquentes qu'avec les pilules ou les frictions. M. Verchère a raison quand il dit que la méthode ne saurait être d'une application générale, mais elle est utile à l'hôpital, notamment à l'hôpital du Midi où sans les injections la moitié des malades se soustrairaient au traitement car ils sont très inconstants et disparaissent souvent inopinément ; avec les injections ils emportent au moins une provision de mercure qui leur fait malgré eux un traitement souvent

suffisant. Enfin la syphilis cérébrale constitue une indication acceptée par presque tout le monde.

M. Cordier. — La méthode qui réussit chez un malade ne réussit pas chez un autre. Quand chez un sujet un traitement donné mercuriel ne réussit pas au bout de 15 jours, il faut en changer.

M. Brocq. — J'ai refusé des injections à une malade ; elle est allée s'en faire faire dans un autre hôpital. Les accidents ont disparu après quatre injections, mais une récidive très prompte a ramené la malade chez moi avec des nodosités dans les fesses qui ont duré plus d'un an.

M. Barthélemy. — J'ai employé souvent les injections mercurielles dans les cas où les malades ne pouvaient pas, pour une raison quelconque — et elles sont nombreuses — prendre des pilules ou faire des frictions. J'ai été frappé d'ailleurs de l'infidélité des frictions selon la manière dont elles sont faites ; les unes sont trop intenses et donnent de la salivation ou des accidents d'intoxication ; les autres sont faites si légèrement, si mal qu'on n'a aucun résultat ; et enfin, parce qu'on reste ainsi dans une sécurité dangereuse ; on croit avoir fait un traitement et on n'en a pas fait en réalité.

Je parle ici des injections de préparations insolubles.

J'ai eu des résultats heureux que je n'obtenais pas par les autres traitements pour des affections tertiaires de la langue et pour des lésions oculaires graves. Je me suis bien trouvé de les faire chez les femmes qui commencent une grossesse alors qu'elles ont déjà eu des fausses couches ou des avortements sous l'influence de la syphilis paternelle. Je m'en sers aussi avec avantage chez les prostituées, dans la période contagieuse de la syphilis, alors que saines au moment où elles quittent Saint-Lazare, elles restent sous le coup de récidives.

Voilà donc des indications de plus en plus nombreuses. L'avenir montrera si ce traitement, fait énergiquement dans le début de la syphilis, n'a pas une action plus efficacement et plus profondément protectrice que les autres procédés de thérapeutique mercurielle. Je n'ai que deux malades qui ont été traités pendant quinze mois sur leur demande, exclusivement par les injections ; ces deux cas suivis (depuis deux ans et demi) se sont montrés bénins. La question n'est que posée. Voici quelques résultats du service de Spillmann à Nancy.

Les injections de préparations solubles sont très efficaces, aussi, l'huile biiodurée (1 centig. par gramme), l'oxybenzoate de mercure, selon la formule excellente du professeur Stoukovenkoff, m'ont donné les résultats les plus satisfaisants, mais elles ont l'inconvénient d'être quotidiennes.

En tout cas, c'est là une arme de plus contre la syphilis et elle est trop puissante pour que personne ait le droit de la mépriser. Il n'en vient pourtant à personne l'idée d'en faire un traitement systématique applicable à tous les cas de syphilis.

Obs. I. — Louise P... Syphilis maligne précoce chez une jeune fille âgée de 19 ans, florissante de santé avant l'infection spécifique ; actuellement très amaigrie, pâle, anémie profonde. Syphilides croûteuses rupiformes.

Transformation très rapide de l'état général par le traitement.

	9 février 1893 AVANT TOUT TRAITEMENT	17 février 8 JOURS APRÈS LA 1re INJ.	24 février 8 JOURS APRÈS LA 2e INJ.	10 mai APRÈS LA 14e INJ.
Globules rouges intacts...	3.317.000	3.658.000	4.150.000	4.650.000
— — déformés.	496.000	465.000	248.000	155.000
— nains..........	31.000	93.000	400.000	400.000
— blancs.........	4.000	6.000	9.300	10.000

Obs. II. — Maria G..., 21 ans, domestique. Chancre remontant à deux mois. Roséole et papules. Asthénie très accusée.

Globules rouges avant tout traitement, le 10 novembre 1893, 1.333.000 ; le 13 (2e inject.), 1.800.000 ; le 20 (3e inject.), 2.580.000 ; le 27 (4e inject.), 3.410.000 ; 4 décembre (5e inject.), 4.185.000 ; 11 décembre (6e inject.), 4.340.000.

Obs. III. — Cart... Chancre sur mamelon contracté en dehors de la grossesse ou de l'allaitement. Asthénie très prononcée. Roséole.

	AVANT TOUT TRAITEMENT	8 JOURS APRÈS LA 2e INJ.	8 JOURS APRÈS LA 5e INJ.	8 JOURS APRÈS LA 8e INJ.
Globules rouges normaux.	2.852.000	3.162.000	3.255.000	3.410.000
— — déformés.	310.000	126.000	....	....
— blancs.........	31.000	....	8.000	16.000

Obs. IV. — Th., domestique, 20 ans. Roséole et papules. Prostration, état presque typhique.

Avant tout traitement............... 3.255.000 globules rouges.
Huit jours après la 2e injection....... 3.410.000 — —

M. Renaut. — Il n'est pas douteux que les injections ne soient un bon procédé de mercurialisation. Toute la discussion devrait porter sur les indications.

Antagonisme et antidotisme. — Recherches de physiologie générale basées sur les réactions des glandes sudoripares.

Par M. Aubert, ex-chirurgien de l'Antiquaille.

L'antagonisme est une question de physiologie et de thérapeutique générale, aussi n'aurais-je pas eu l'idée de traiter devant vous un sujet de cette nature, si mes recherches n'avaient pas été faites à l'aide des réactions des glandes sudoripares qui intéressent tous les dermatologistes, et n'étaient pas de nature à fournir quelques renseignements sur la physiologie de ces glandes.

J'ai établi dans des expériences antérieures que les alcaloïdes, relativement à l'action locale qu'ils exercent sur la sécrétion sudorale, peuvent se diviser en hidrotiques, anhidrotiques et indifférents, ou, ce qui revient au même, en excitants, paralysants et neutres. Ces recherches mettent en jeu la question de l'antagonisme, mais je n'avais pas

eu spécialement en vue l'étude de l'antagonisme lorsque M. le professeur Morat, en me demandant une courte indication de mes recherches et le résumé de mes expériences, m'a indiqué l'intérêt de la question et la possibilité d'en élucider quelques points par la méthode des empreintes sudorales.

Littré définit l'antagonisme : « la résistance que s'opposent deux forces, deux puissances contraires ». La force du reste peut être de nature différente, mécanique, physique, chimique, etc. ; il y a des muscles antagonistes comme il y a des médicaments antagonistes.

Un antagoniste n'est point l'équivalent d'un antidote. Littré définit l'antidote : « une substance non toxique capable de neutraliser les propriétés toxiques d'autres corps ».

Les antidotes sont par exemple les solutions acides faibles contre les alcalis caustiques ou réciproquement, le chlorure de sodium contre le nitrate d'argent, etc.

La différence fondamentale qui me paraît exister entre l'antidote et l'antagoniste, c'est que dans l'antidotisme les deux substances agissent directement l'une sur l'autre, à côté ou même en dedans de l'organisme, comme elles agiraient en dehors de lui, alors que dans l'antagonisme physiologique ou thérapeutique il y a toujours un élément anatomique interposé sur lequel s'exercent les deux forces contraires.

La synergie ou l'action synergique exprime tout le contraire de l'antagonisme, car ces expressions représentent le concours de deux forces, alors que l'antagonisme en représente l'opposition.

Étant données les propriétés complexes de toute substance active et des alcaloïdes en particulier, on comprend très bien que des substances antagonistes sur un point puissent être synergiques sur un autre.

Après ces distinctions et définitions nécessaires, j'arrive à l'exposé de mes expériences. Celles-ci ont été faites en utilisant l'action opposée que la pilocarpine et l'atropine exercent sur les glandes sudoripares. La pénétration des alcaloïdes a toujours été produite à l'aide de la cataphorèse, l'électrode positive étant placée sur une petite compresse imbibée de la solution alcaloïdienne. Une minute suffit pour avoir une pénétration convenable. Le courant était fourni par un appareil de Chardin à double collecteur. Il importe, pour avoir des résultats comparables, que les courants soient aussi égaux que possible, et employés pendant une durée égale. La provocation ou l'arrêt de la sueur ont été constatées par la méthode des empreintes sudorales.

J'ai employé la pilocarpine au titre habituel de un centigramme par gramme, et l'atropine à des titres variant de un à deux centigrammes par gramme, jusqu'à un centigramme par cinquante ou soixante litres.

Si l'on fait passer une solution renfermant à la fois la pilocarpine

et l'atropine, on constate qu'un milligramme d'atropine dissous dans un gramme d'eau est l'antagoniste presque absolu et immédiat d'un centigramme de pilocarpine dissous dans le même gramme.

Si l'on fait passer la pilocarpine la première, et que sur un point de ce passage on fasse passer ensuite des solutions de plus en plus faibles d'atropine, on constate que l'arrêt de la sueur provoquée retarde de plus en plus ; voici les chiffres obtenus dans une première série :

Un centigramme d'atropine par gramme, arrêt presque complet dès la première minute.

Un centigramme sur	20 gr.	arrêt en 3 à 4 minutes.	
— —	50 —	— 6 à 7 —	
— —	1.000 —	début arrêt 7,	complet 17 minutes.
— —	3.000 —	— 17,	— 27 —
— —	5.000 —	— 22,	— 32 —
— —	10.000 —	— 25,	— 35 —
— —	20.000 —	— 32,	— 42 —
— —	30.000 —	— 35,	— 45 —
— —	40.000 —	— 40,	45 à 50 —
— —	50.000 —	— 45,	55 à 60 —

La sensibilité de la méthode ne va pas au delà d'une façon sûre.

Sur une autre série contrôlée avec soin, en faisant passer sur la pilocarpine d'un côté des solutions décroissantes d'atropine, de l'autre de l'eau distillée, pour bien établir que c'est l'atropine et non le second passage du courant qui arrête la sueur, j'ai eu avec de légères divergences des chiffres tout à fait analogues et conduisant au même résultat général.

Si l'on fait passer l'atropine la première, on a les chiffres suivants :

Un centigr. sur 10.000,	début 22,	complet 27 à 32	
— — 20.000,	— 35,	— 40 à 45.	

Il n'y a donc pas pour les doses faibles de privilège de premier occupant.

Cette première série nous permet de poser cette conclusion :

Si l'on fait agir sur un organe mis en activité par un agent excitant des doses de plus en plus faibles d'un agent paralysant, l'arrêt de l'excitation se produit avec un retard de plus en plus grand.

C'est là presque une loi de mécanique analogue à celle d'un frein de moins en moins serré ou résistant, appliqué à une force qui ne se renouvellerait pas.

Un autre point intéressant de la question est le suivant, qui touche à la thérapeutique :

L'injure faite aux éléments anatomiques est-elle plus grande lorsqu'on fait agir sur eux l'agent paralysant seul, ou bien à la fois l'agent paralysant et l'agent excitant ? Y a-t-il pour eux bénéfice ou préjudice à l'action simultanée des deux agents.

J'ai fait à cet égard, et répété sur moi, l'expérience suivante :

Sur l'avant-bras droit je fais passer en un point une solution d'atropine de un centigramme par gramme ; sur l'avant-bras gauche, au point homologue, une solution renfermant par gramme un centigramme d'atropine et un centigramme de pilocarpine. A divers intervalles la sueur est provoquée par l'exercice, et les empreintes sudorales sont prises. Du côté droit qui n'a reçu que l'atropine la sécrétion sudorale commençait à peine à se rétablir et était fort incomplète après 48 heures, alors que du côté gauche qui avait reçu à la fois l'atropine et la pilocarpine le retour de la sécrétion était déjà presque complet après 24 heures, et tout à fait complet après 48 heures.

Dans une autre expérience faite avec une solution renfermant par gramme un centigramme de pilocarpine et un milligramme d'atropine, la sécrétion avait reparu après 12 heures, et commençait à peine à se rétablir après 36 heures du côté atropinisé à un milligramme seulement.

En théorie et en fait il y a donc bénéfice pour les organes à l'emploi d'un antagoniste bien choisi, quoique dans la pratique cette donnée théorique reste d'une application fort délicate.

De l'acné nécrotique.

Par W. Dubreuilh (de Bordeaux) (1).

L'acné pilaire de Bazin et l'acne frontalis seu varioliformis de Hebra d'une part, l'acne necrotica de C. Boeck d'autre part ne sont qu'une seule et même maladie, et ne sont séparées que par des différences d'intensité. Le nom d'acné nécrotique est celui qui mérite d'être conservé, parce qu'il tient compte de la lésion la plus caractéristique de la maladie et qu'il ne présente aucune ambiguïté.

L'éruption est constituée par des élevures lenticulaires peu saillantes, obtuses, d'un rouge vif au début, devenant plus tard violacées ou brunâtres, infiltrées et fermes à la palpation, centrées par un poil et surmontées d'une croûte. Cette croûte est arrondie, jaunâtre enchâssée dans la papule sur laquelle elle ne fait pas de saillie propre; elle est molle, tenace, adhérente et s'arrache difficilement; on trouve au-dessous d'elle, une perte de substance taillée à l'emporte-pièce, granuleuse, un peu suintante, tapissée d'une faible quantité de pus, la lésion n'est jamais constituée par une véritable pustule. Au bout de quelques jours, l'élevure s'affaisse laissant une croûte ronde, brune, sèche, qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée.

(1) Résumé d'un mémoire sur l'acné nécrotique publié *in extenso* dans les *Archives cliniques de Bordeaux,* août 1894.

Il reste alors une cicatrice circulaire, déprimée, d'aspect varioliforme, pigmentée au début, plus tard blanche, et sur laquelle persistent sans altération les poils ou les cheveux. Il n'y a pas d'autres phénomènes subjectifs qu'un peu de démangeaison.

L'éruption atteint de préférence la face, notamment les tempes, le front à la lisière des cheveux, le nez; elle peut aussi s'étendre sur le cuir chevelu, les joues, les pavillons des oreilles, les régions rétro-auriculaires. Plus rarement elle atteint les faces antérieures et postérieures du tronc, et dans ce cas les lésions sont particulièrement larges et profondes. C'est cette dernière localisation qui a été étudiée par M. Boeck, sous le nom d'acné nécrotique. Les lésions sont souvent réunies en plus grand nombre en certains points qui forment des foyers, mais sans groupement défini : chaque lésion naît et évolue isolément, et chaque foyer contient pêle-mêle des lésions d'âge différent.

L'éruption est successive, mais avec des moments de plus grande abondance, constituant des poussées éruptives intermittentes ou subintrantes qui peuvent se succéder pendant des années, à des intervalles variables. Comme dans les formes un peu intenses chaque lésion laisse une cicatrice, il en résulte que certains malades sont grêlés comme ils le seraient par une variole grave.

On peut du reste observer plusieurs variétés, depuis les lésions larges et profondes qui laissent des cicatrices creuses, au point de recevoir l'extrémité du doigt, jusqu'à celles qui ne laissent que des cicatrices superficielles, miliaires, ou même qui n'en laissent pas du tout. Ce dernier cas est très fréquent, notamment à la face où l'on voit souvent des poussées éruptives très abondantes ne laisser presque pas de cicatrices. D'autres fois la maladie peut être compliquée par la suppuration ou par la formation de croûtes impétigineuses. Ces formes légères sont très souvent méconnues, et c'est pourquoi la maladie est considérée comme rare par beaucoup d'auteurs, alors qu'elle est en réalité assez commune.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion est constituée par une nécrose momifiante superficielle de la peau, qui est le phénomène primitif et se fait probablement sous l'influence de causes microbiennes locales. Cette nécrose peut n'atteindre que l'épiderme : il n'y a dans ce cas pas de cicatrices. Généralement elle entame plus ou moins profondément le derme dont on retrouve les éléments, fibres élastiques et conjonctives, dans la croûte. A la suite de la nécrose il se produit un sillon d'élimination et des phénomènes réactionnels diffus de congestion vasculaire et d'infiltration autour des vaisseaux et des organes différenciés de la peau. Quoique la lésion débute toujours à l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, la glande sébacée, et à plus forte raison la partie profonde du follicule pileux, ne sont atteints que par

les lésions diffuses de réaction inflammatoire qui n'atteignent nullement leur vitalité et leur structure. C'est pourquoi les cicatrices ne sont pas glabres.

L'étude des éléments les plus jeunes possibles montre la nécrose déjà circonscrite par le début du sillon d'élimination, on peut donc en conclure qu'elle se produit d'une façon presque latente et que les phénomènes cliniques de l'éruption sont dus à la réaction inflammatoire. Les cultures n'ont fourni qu'un microcoque blanc, probablement un staphylocoque. L'examen microscopique a constamment montré à la surface et dans la profondeur de l'escarre mais non dans les tissus vivants un petit microcoque réuni en amas zoogléiques denses.

L'acné nécrotique doit être distinguée de l'acné pustuleuse commune, des hidrosadénites, des syphilides tertiaires. Cette dernière erreur est la plus fréquente et la plus fâcheuse : elle est entretenue par ce fait que l'acné nécrotique est quelquefois améliorée par le traitement ioduré.

Le traitement de choix est la pommade soufrée : axonge benzoïnée 30 gr., savon de potasse et soufre précipité ââ 5 gr., parfum Q.S. Dans la plupart des cas, les lésions éruptives disparaissent en quelques jours. Elles peuvent récidiver.

De la contagion de la pelade.

Par M. Horand, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille.

La contagion de la pelade est certainement un des points les plus intéressants à étudier de l'histoire de cette maladie, dont la fréquence dans ces dernières années a beaucoup augmenté soit dans la population civile, soit dans l'armée.

Pour la plupart des auteurs français la contagion de la pelade est évidente, et M. Tenneson la considère comme aussi manifeste que celle de la rougeole et des oreillons.

En douter aujourd'hui, c'est passer en France pour un retardataire, et cependant je crois qu'il y a encore des réserves à faire à l'égard de la contagiosité de cette maladie. Pour ma part, je ne puis la considérer comme une teigne, et je suis porté à la regarder comme une trophonévrose jusqu'à ce qu'on ait découvert son microbe.

Cette manière de voir m'a valu une lettre conçue dans les termes suivants :

« Vous ne croyez pas à la contagion de la pelade. Eh bien, demandez au médecin du 12e bataillon de chasseurs alpins à Grenoble ou à l'Hôpital militaire, son opinion sur cette question.

« Vers le 18 mai 1892 une véritable épidémie de pelade a frappé ce bataillon et peut-être la garnison, vous dira-t-il. »

Je n'ai pas vu les chasseurs du 12e bataillon, mais il m'a été donné d'examiner les soldats de plusieurs autres régiments où sévissait la pelade, ce qui me permettra de dire quelques mots de la pelade dans l'armée.

Quoi qu'il en soit, les faits sur lesquels s'appuient les partisans de la contagion ne peuvent vous convaincre, ne reposant sur aucune preuve scientifique.

Ainsi tous les auteurs citent le fait suivant rapporté par Hillairet : « Six employés travaillant dans un même bureau du chemin de fer de l'Est, sont venus réclamer mes soins au pavillon Gabrielle, l'un après l'autre; tous étaient atteints de pelade. Ces employés avaient dans leur bureau un chat malade, qui perdait tous ses poils et qui était sans cesse blotti dans leurs casquettes. Bien que je n'aie pas étudié spécialement l'affection dont ce chat était atteint, il est bien présumable qu'il avait la pelade et que cette pelade s'est transmise à ces employés par leur coiffure ».

On ne peut rien conclure de cette observation, d'une part le chat n'ayant pas été examiné et d'autre part la pelade n'existant pas chez les animaux.

On accuse également les coiffures, les objets de toilette, les instruments des coiffeurs et surtout la tondeuse de servir de véhicules à l'élément contagieux, mais on n'a jamais pu recueillir sur ces objets cet élément pour l'ensemencer.

Une plaie légère, une écorchure de cuir chevelu, peut devenir la porte d'entrée du parasite, et M. Tenneson déclare avoir suivi de près cette évolution sur un de ses fils, à la suite d'une plaie contuse légère du cuir chevelu faite en jouant dans la cour du collège où existaient quelques cas de pelade. Pas de pansement pendant plusieurs jours, dit cet auteur. Cicatrisation rapide. Environ quinze jours plus tard, plaque de pelade typique, grande comme une pièce de deux francs et centrée par la cicatrice.

J'ai vu beaucoup de cas semblables dans l'armée, c'est-à-dire des cas appelés pelades, ayant au centre une cicatrice, mais, comme je le dirai plus loin, dans ces cas s'agit-il d'une véritable pelade, je ne le pense pas.

En réalité, ce sont des faits cliniques que l'on invoque en faveur de la contagion de la pelade. Ces faits sont nombreux, assurément, mais il reste à savoir si leur interprétation est exacte, et c'est sur ce point que je me sépare des partisans de la contagion, en me basant sur les données scientifiques connues.

Ces données sont tout à fait contraires à l'idée d'une teigne, et c'est pour cela que je tiens à les rappeler ici.

Tout d'abord, il est important de bien préciser ce que j'entends par pelade. A cet égard, la description de Bateman me paraît aussi exacte que possible, et la maladie qu'il décrit sous le nom de porrigo décalvant correspond exactement à la maladie que l'on est convenu aujourd'hui d'appeler pelade.

« Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège et sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux que dans l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, au centre des taches, unie, brillante, et d'une blancheur remarquable. Les aires des taches s'agrandissent progressivement, elles deviennent quelquefois confluentes, produisant un état chauve sur une grande partie du cuir chevelu. » A cette description, il faut ajouter, et c'est là un caractère très important, que les poils tombent par suite de kératinisation, conséquence de l'atrophie des follicules pileux. Le bulbe est recourbé en crosse, ses éléments ne sont plus distincts. Le canal médullaire est rempli d'air.

La pelade ainsi caractérisée ne s'observe pas seulement au cuir chevelu, mais encore à la barbe et dans toutes les régions velues.

C'est la contagion de cette affection que je conteste, n'en ayant jusqu'à ce jour aucune preuve ni scientifique, ni clinique, dans la population civile du moins, car je me réserve de dire ce que je pense de la pelade dans l'armée.

Au point de vue scientifique, on peut dire que pendant longtemps on a admis, avec Bazin, la nature parasitaire de la pelade, localisant tour à tour le champignon dans le cheveu, dans les gaines, dans le follicule pileux, dans l'épiderme ou dans le derme.

Un des premiers j'ai combattu cette opinion en 1875, et démontré que les faits observés par Bazin avaient été mal interprétés par ce savant dermatologiste. J'ai soutenu, à cette époque, et je soutiens encore que la pelade n'est pas due à un champignon, en m'appuyant sur les symptômes de la maladie, sur l'examen microscopique des cheveux, sur l'insuccès des inoculations faites soit sur l'homme, soit sur les animaux, enfin sur l'altération spéciale du cheveu.

De son côté, M. Nystrom a montré à la même époque que le champignon décrit par Malassez existait à l'état normal sur le cuir chevelu.

En 1888, M. Leloir (de Lille), dans une communication à l'Académie de médecine, déclarait que dans 92 cas de pelade où il avait pratiqué un examen histologique des plus minutieux des cheveux et des squames épidermiques, il n'avait pas une seule fois trouvé de parasites présentant des caractères suffisamment marqués pour pouvoir être supposés pathogènes ou même suspects. « Dans un cas, dit-il, j'ai trouvé sur des coupes de cuir chevelu peladique, dans le derme,

de petites granulations que l'on aurait pu prendre pour des micrococci et qui présentaient les caractères du parasite de la pelade, récemment décrit par Robinson. Un examen approfondi m'a convaincu qu'il ne s'agissait pas de micrococci, mais des Mastzellen de Ehrlich ou de granulations de matière colorante précipitée (1).

En 1891, dans une conférence faite à l'hôpital Saint-Louis, M. Thibierge avoue qu'à l'heure actuelle, le vrai parasite de la pelade est encore inconnu! (2).

C'est l'opinion que l'on trouve également exprimée dans l'ouvrage de M. Butte sur les teignes et dans le traité clinique de dermatologie de M. Tenneson.

Aujourd'hui, personne ne croit plus à l'existence d'un champignon dans la pelade. J'étais donc dans le vrai en combattant, en 1875, l'opinion de Bazin et de son école.

On se demande actuellement si cette altération du poil ne doit pas être attribuée à un microbe.

Des recherches ont été faites dans ce sens, et plusieurs auteurs ont cru avoir trouvé un microbe particulier, spécial à la pelade. Thin en 1882, von Sehle en 1885, Nimier, Vaillard et Vincent ont signalé un diplocoque siégeant entre le bulbe et le follicule pileux, mais ce microbe se trouve également sur la peau saine.

D'ailleurs on comprend difficilement la présence d'un microbe qui ne se révèle par aucune réaction apparente sur la peau.

Aussi est-on forcé d'avouer qu'il est impossible de mettre en évidence l'existence d'un agent pathogène, mucédinée ou microbe. Cette opinion est nettement formulée dans les ouvrages de dermatologie les plus récents.

Il était important de savoir si la pelade existe chez les animaux, ainsi que l'ont affirmé quelques auteurs.

M. Besnier dit, en effet, que chez les animaux domestiques, cheval, chien, chat, etc., la pelade n'est pas rare et sa transmission à l'homme au moins vraisemblable. A l'appui de cette manière de voir viendrait aussi le fait signalé par M. Hillairet, ainsi que le cas de N. Mégnin, dans lequel un cheval aurait communiqué la pelade à l'homme, mais dans ces deux cas le diagnostic de la maladie de l'animal incriminé n'est pas ferme. Contrairement à ces assertions, je puis citer les inoculations négatives que j'ai faites en 1875. De son côté, M. Leloir a inoculé dix cobayes, six lapins, deux chiens et cinq chats avec des cheveux et des raclages épidermiques recueillis au niveau des régions peladiques, et aucun de ces animaux n'a présenté le moindre signe de pelade.

(1) *Semaine médicale,* 1888, p. 255.
(2) *Annales de médecine,* 1891, p. 370.

De plus, j'ai cru devoir m'informer auprès d'un grand nombre de professeurs de notre école vétérinaire, si cette maladie existait chez les animaux, et tous m'ont répondu qu'ils ne se souvenaient pas en avoir observé des exemples.

On est donc autorisé à soutenir que la pelade est une maladie spéciale à l'espèce humaine, ce qui est contraire à l'idée d'une teigne analogue au favus ou à l'herpès tonsurant, car toutes deux sont communes à l'homme et aux animaux.

Elle ne semble pas non plus se transmettre de l'homme à l'homme comme une maladie parasitaire.

A la Société de dermatologie de Saint-Pétersbourg, dans sa séance du 28 mars 1892, M. Manasséine a rapporté qu'un élève d'une école militaire étant atteint de pelade du cuir chevelu, de la barbe, des cils et de la cuisse droite, il lui rasa les cheveux et, avec un de ses collègues, les mirent dans leurs bonnets de nuit. Ils dormirent ayant ces bonnets sur la tête et ni lui, ni son collègue n'ont contracté la pelade (1).

Le traitement lui-même plaide en faveur d'une maladie non parasitaire. C'est, en effet, le traitement excitant, irritant des follicules pileux qui réussit le mieux, et tous les antiseptiques préconisés n'ont pas d'autre action. Ainsi que je le disais en 1875, l'huile de croton est le meilleur des excitants et son emploie n'offre pas le moindre danger. Depuis vingt ans je m'en sers journellement, et je n'ai jamais eu aucun accident.

En résumé, tout semble démontrer au point de vue scientifique que la pelade n'est pas une maladie parasitaire et par suite ne doit pas être contagieuse.

Il me reste maintenant à examiner la contagion de la pelade au point de vue clinique.

Elle est commune aux deux sexes, bien plus fréquente il est vrai chez l'homme, mais néanmoins susceptible de se transmettre de l'un à l'autre. Or, je l'ai rencontrée plusieurs fois chez l'un des conjoints, et je ne l'ai jamais vue se communiquer à l'autre.

Malgré sa fréquence qui a beaucoup augmenté dans ces dernières années, je l'ai toujours observée à l'état de cas isolés dans les familles et les écoles. Une fois, quatre élèves de la même école ont été atteints de cette maladie en même temps, mais ils ne s'étaient pas contagionnés entre eux, et ils accusaient la tondeuse du coiffeur. Isolés tous les quatre ensemble, ils guérirent, sans se réinfecter pendant la durée du traitement.

Sur 66 cas que j'ai été appelé à traiter depuis 1890, je n'ai jamais

(1) *Annales de dermatologie,* 1894, p. 482.

vu un malade, dans une famille ou dans une école, transmettre sa maladie à ses parents ou à ses camarades.

Il n'est certainement pas exact de dire que la pelade se transmet comme la rougeole et les oreillons.

Je ne citerai que quelques faits :

M. A..., âgé de 36 ans, tisseur, est atteint depuis deux ans de pelade du cuir chevelu et de la barbe. Marié, il a six enfants. Or, la brosse dont il se sert pour ses cheveux, sert aussi pour nettoyer le peigne de sa femme et de ses enfants, et cependant personne n'a contracté cette maladie.

Un officier de cavalerie, ayant une pelade de la barbe, a continué à se laisser embrasser par sa femme et ses enfants, et ne les a pas contagionnés.

Sans doute je n'ignore pas que plusieurs de nos confrères assurent avoir observé des cas manifestes de contagion. Je ne les discute pas, mais je me demande si leur interprétation est bien la vraie, et leur enquête exacte.

Quoi qu'il en soit, d'après nos observations, la clinique ne démontre pas d'une manière évidente que la pelade soit contagieuse, soit dans les familles, soit dans les écoles.

Dans l'armée, la pelade est fréquente, et sévit sous forme d'épidémie. On a cité des régiments où le nombre des soldats malades dépassait le chiffre 100, ce qui semblerait indiquer que la maladie est contagieuse, mais tout d'abord est-ce bien la pelade qui règne dans les régiments?

Dans la crainte d'une épidémie, on isole, dans l'armée, tous les malades qui ont une alopécie. Il n'est donc pas étonnant qu'ils soient nombreux, mais ils n'ont pas tous la pelade.

Parmi eux, il y a des hommes qui ont la *pelade vraie*. Ceux-là, généralement, sont venus au régiment avec leur affection. Quant aux autres cas, ce sont probablement des fausses pelades. Les plaques, en effet, sont petites, lenticulaires, le cuir chevelu à leur niveau est d'un blanc grisâtre. Les cheveux s'arrachent avec facilité et sont entourés de la gaine du follicule, comme dans le sycosis. Le bulbe paraît gonflé et non atrophié. Il n'est pas coudé en crosse.

Quant au résultat de l'examen microscopique, je ne puis encore dire ce qu'il donne au point de vue de la nature parasitaire de la maladie, mes examens n'étant pas assez nombreux et ayant laissé des doutes dans mon esprit.

Toutefois il me semble qu'il s'agit dans ces cas d'*une folliculite décalvante*, maladie décrite par M. Brocq et d'origine parasitaire, ce qui expliquerait sa contagion.

De nouvelles recherches, et en particulier des cultures, sont nécessaires pour trancher cette question qui me paraît très importante.

Je terminerai cette communication par les conclusions suivantes :

Sous le nom de pelade, on confond deux maladies bien différentes : 1° La pelade vraie, le *porrigo decalvans*, maladie non parasitaire et non contagieuse; 2° La folliculite décalvante, fréquente dans l'armée, qui paraît être contagieuse et dont le parasite n'est pas encore connu.

M. Feulard. — Je crois qu'il n'est pas possible de laisser passer la théorie qui vient de nous être énoncée, sans dire que la plupart des médecins français sont au contraire nettement contagionnistes. Je laisse à notre collègue M. Sabouraud qui vient de demander la parole le soin de discuter la question parasitaire, ce qu'il fera beaucoup mieux que moi-même ; je me contente de faire remarquer que l'ignorance de son parasite n'empêche pas de considérer une maladie comme contagieuse, car plusieurs maladies sûrement contagieuses nous laissent encore ignorer leur agent pathogène. Mais sur le terrain clinique nous ne comptons plus les preuves de la contagion de la pelade, tout au moins de la pelade commune, de la pelade en aires. Toutes ces preuves ont été longuement et savamment discutées dans le rapport qu'a fait mon cher maître M. Besnier à l'Académie sur ce sujet; elles sont encore présentes à tous les esprits ainsi que les sages réserves qu'il formulait en terminant, relativement à l'isolement dans les écoles, des jeunes gens atteints de pelade, et aux mesures dont ils doivent être l'objet.

Depuis, les faits publiés et la relation de nombreuses épidémies sont venus corroborer encore la croyance à la contagiosité de la pelade. J'avais réuni pour le congrès de Vienne les principales épidémies de pelade dans l'armée, et devant ces faits et l'accroissement continu des cas de pelade en France, dans les grands centres et dans l'armée, les médecins viennois, M. Kaposi notamment qui était anticontagionniste convaincu, furent quelque peu ébranlés. Je crois d'ailleurs que la grande majorité des médecins, même en dehors de la France, croit à la contagion.

Il est possible qu'à côté de la pelade commune il y ait des alopécies que nous confondons encore avec elle et qui ne soient pas contagieuses, mais la pelade commune est sûrement contagieuse, les preuves abondent. Je crois donc qu'il serait dangereux de laisser s'accréditer une opinion contraire ; et sans être alarmistes, nous devons insister pour que l'on prenne ou continue à prendre contre la pelade les mesures de rigueur qu'elle nécessite.

M. Sabouraud. — Nous ne pouvons pas, il est vrai, montrer le parasite, mais nous pouvons dire qu'il n'est probablement pas dans le cheveu, qui ne présente que des lésions atrophiques; la lésion paraît être purement dermique. On n'observe pas de vraie pelade chez les animaux, et quant à la folliculite décalvante c'est une affection toute différente de la pelade.

M. Augagneur. — Je crois que M. Horand est seul de son avis. L'ignorance où nous sommes à l'égard du parasite n'est pas une preuve, car nous ne connaissons pas pas non plus le parasite de la syphilis, de la variole ou de la rougeole. Les contagions familiales sont rares, mais elles

ne sont pas moins rares dans le *pityriasis versicolor* dont le parasite est fort bien connu. La pelade est épidémique, cela est surabondament démontré par les épidémies de régiment et d'école. C'est là le fait pratique qui domine toute la question.

M. Brousse. — On a vu dans certains corps 75 hommes atteints sur 122; il est impossible de ne pas reconnaître que le service militaire obligatoire a fait augmenter la fréquence de la pelade dans des proportions énormes; il semble que la tondeuse soit un des agents de contagion les plus actifs. Il me paraît donc indispensable de prendre à l'égard de la pelade les plus grandes précautions.

Pleurésie syphilitique de la période secondaire,

Par M. A. Brousse (de Montpellier).

J'ai eu l'occasion d'observer dans le courant de l'année dernière un jeune militaire qui fut pris de pleurésie au début d'une syphilis secondaire en évolution. Le mode d'apparition, les allures, la terminaison de cette affection thoracique me firent me demander si c'était bien là une pleurésie simple, *a frigore*, et s'il ne s'agissait pas plutôt d'une pleurésie développée sous l'influence de la syphilis, d'une véritable *pleurésie syphilitique*.

C'est là une question pleine d'intérêt, non seulement au point de vue théorique, mais surtout au point de vue pratique, et en même temps soulevant de nombreuses difficultés d'interprétation.

Pourtant, elle a été complètement laissée dans l'ombre par les auteurs classiques, et il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour trouver les premières notions sur ce sujet.

Les doctrines concernant l'étiologie de la pleurésie franche se sont profondément modifiées depuis une dizaine d'années. A l'étiologie banale du froid a succédé d'abord l'influence prépondérante, exclusive même de la tuberculose (Landouzy, Kelsch et Vaillard). A cette notion vraie, mais exagérée, est venue se substituer à l'heure actuelle l'influence causale de toute infection, qu'il s'agisse de tuberculose ou bien de grippe, de rougeole, de fièvre typhoïde, etc. De sorte que la pleurésie est regardée comme étant presque toujours le produit d'une infection.

Il y avait lieu de s'étonner que la syphilis, cette maladie infectieuse au premier chef, surtout pendant sa période secondaire, n'occasionnât pas de pleurésie. Aucun auteur n'en faisait mention. On ne considérait la pleurésie, dans la syphilis, que consécutive aux lésions pulmonaires, aux pneumopathies tertiaires (1).

(1) Dieulafoy. Syphilis du poumon et de la plèvre. *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 1889, nos 19 à 23.

Il faut arriver jusqu'en 1890 pour voir signalés les premiers cas de pleurésie d'origine syphilitique.

Au mois d'avril 1890, Chantemesse et Widal (1) rapportent à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* deux observations de pleurésies développées au début de la période secondaire, sans qu'aucune cause vulgaire puisse expliquer leur apparition. Ils font remarquer que ces pleurésies, traitées par les moyens ordinaires, ont résisté, mais qu'elles ont rapidement cédé au traitement spécifique. Ils proposent pour elles le nom de « pleurésie du stade roséolique de la syphilis ».

L'année suivante, en août 1891, Chantemesse (2) rapporte trois nouveaux faits analogues observés à Lourcine.

Talamon (3), peu de temps après, ayant noté deux cas identiques, dit que leur nombre est encore trop restreint pour servir de base à l'histoire clinique de cette affection.

A l'étranger, vers la même époque, Preetorius (4) observe dans sa clientèle un fait du même genre.

Mais le travail le plus complet sur la question est la thèse du Dr Rochon (5), dans laquelle sont étudiées : d'une part, les pleurésies secondaires, c'est-à-dire secondaires aux pneumopathies syphilitiques tertiaires ; de l'autre, les pleurésies syphilitiques idiopathiques, celles que nous avons en vue dans cette étude, qui ne sont pas consécutives à des lésions pulmonaires, mais développées sous l'influence infectieuse de la syphilis. De ces dernières il rapporte toutes les observations signalées, auxquelles il en ajoute deux de personnelles : ce qui fait un total de 10 observations de pleurésies de la période secondaire connues à l'époque de sa thèse (juillet 1893).

Depuis lors, un certain nombre de nouveaux cas ont été publiés par divers auteurs (Ferrand, Lyon, Raynaud, Casset) ; tout récemment, M. Chantemesse vient de consacrer, dans la *Presse médicale* (30 juin 1894), une leçon clinique à ce sujet dont il rapporte deux nouveaux exemples.

Enfin j'ai eu l'occasion d'en observer cette année même deux cas chez des femmes entrées dans mon service pour des accidents secondaires.

(1) Pleurésie du stade roséolique de la syphilis. Séance du 18 août 1890. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, p. 336.

(2) Chantemesse. Pleurésie du stade roséolique de la syphilis. *Bulletin médical*, 1891, nº 66, p. 791.

(3) Talamon. Pleurésie syphilitique. *Médecine moderne*, 17 septembre 1891, p. 668.

(4) Preetorius. *Annales* et *Bulletin de la Société de médecine d'Anvers*, septembre 1891.

(5) Rochon. *Des pleurésies syphilitiques*. Th. de Paris, 1893.

Les faits me semblent s'être suffisamment multipliés depuis la première communication de Chantemesse, il y a quatre ans, pour permettre une étude d'ensemble de la question.

C'est là le sujet que je me propose d'exposer, en m'appuyant aussi bien sur les travaux déjà publiés, que sur mes propres observations que je vais tout d'abord résumer.

Dans le premier cas observé par moi, il s'agissait d'un jeune militaire âgé de 22 ans, qui entra le 12 janvier 1893 dans mon service, pour des accidents syphilitiques récents.

C'était un homme pâle, amaigri, à l'aspect cachectique, présentant une légère roséole sur le tronc, des plaques muqueuses buccales et une adénopathie généralisée.

Il avait eu un mois auparavant un chancre induré du prépuce, survenu vingt-huit jours après le coït.

Du côté des antécédents, on apprenait que son père avait succombé, à 33 ans, d'une affection pulmonaire, probablement tuberculeuse ; lui-même avait présenté quelques manifestations scrofuleuses dans son enfance ; garçon de café avant son incorporation, il avait surtout fait d'assez nombreux excès alcooliques.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade est particulièrement tourmenté par un point de côté sous-mamelonnaire droit, développé depuis deux jours, s'accompagnant d'une toux sèche, pénible, sans expectoration, et par moments de véritables accès de dyspnée. Pas de fièvre notable.

L'examen du thorax montre l'existence d'une pleurésie sèche occupant la moitié inférieure du poumon droit ; au sommet respiration rude, légèrement soufflante.

Devant l'intensité des phénomènes thoraciques, j'hésite à employer le traitement mercuriel et je prescris seulement une potion à l'aconit et des badigeonnages d'iode.

Mais les jours suivants, la situation s'aggravant, j'institue un traitement mercuriel par des pilules de tannate.

Cinq jours après, il y a déjà une amélioration sensible.

Mais le malade est pris de diarrhée, et il est si faible que je n'ose continuer la médication spécifique, et celle-ci est suspendue.

Deux jours après sa suspension, nouvelle aggravation de l'état thoracique. Le traitement mercuriel est repris.

Au bout de huit jours, amélioration considérable, disparition de la toux, du point de côté, diminution notable des frottements.

Telle était la situation du malade, lorsque le 1er mars se déclarent des arthralgies des membres supérieurs, très douloureuses surtout la nuit, et contre lesquelles le salicylate de soude reste impuissant.

Après une amélioration produite par une injection massive de sublimé, les membres inférieurs sont envahis à leur tour ; en même temps, retour de la pleurésie. Le malade est profondément cachectique, l'anorexie est absolue et oblige à suspendre tout traitement, on se contente d'administrer des toniques amers.

Le 15 avril, je donnais contre les douleurs articulaires l'iodure associé au bromure.

Quelques jours après, l'anorexie étant moins prononcée, les préparations mercurielles sont reprises, et ce traitement combiné est continué sans interruption jusqu'au 15 mai.

Sous son influence, on obtient la disparition complète des névralgies, et une grande amélioration des accidents pleurétiques.

Le malade est envoyé en convalescence.

Revu quelques mois après, il a repris un bon état général et il ne conserve plus comme traces de sa pleurésie qu'une légère submatité avec rudesse de la respiration au tiers inférieur du poumon droit ; aucun signe suspect au sommet.

Cette observation me paraît présenter un intérêt spécial.

Au début, j'avoue que j'avais songé plutôt à une pleurésie simple ou même tuberculeuse, à cause des antécédents suspects du sujet, qu'à une pleurésie syphilitique, malgré la coïncidence d'accidents syphilitiques en évolution. Mais la marche ultérieure de la maladie, l'amélioration de la pleurésie par le traitement spécifique, son aggravation quand celui-ci était suspendu, m'ont conduit à penser qu'il s'agissait bien ici d'une pleurésie par infection syphilitique.

Une autre particularité intéressante de cette observation est la survenance des arthralgies qui ont même à un moment donné coïncidé avec une poussée nouvelle du côté de la plèvre ; arthralgies qui résistent au salicylate, mais cèdent à l'iodure associé au traitement mercuriel. Il s'agit donc parfaitement là d'arthralgies syphilitiques, et leur coïncidence avec la pleurésie me paraît devoir aider puissamment à saisir la pathogénie de cette dernière. J'y reviendrai tout à l'heure.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 22 ans, bonne de café, sans tare héréditaire, mais s'étant livrée à de nombreux excès alcooliques et vénériens.

Elle entre à l'hôpital le 7 avril 1894 pour des accidents spécifiques ano-vulvaires. accompagnés d'une double adénite inguinale. Pas de traces du chancre ni de renseignement à son sujet. Du côté de la gorge, pas de plaques muqueuses, mais rougeur diffuse de l'arrière-gorge et raucité de la voix.

Le 26 avril, sans refroidissement, sans frissons, elle est prise de malaise et se plaint d'un point de côté droit avec toux et dyspnée assez intense. L'examen de la poitrine révèle simplement à la base droite du thorax de la submatité, de la diminution des vibrations et de l'obscurité respiratoire. Pas de fièvre.

On prescrit : repos au lit, régime lacté, application de ventouses sèches, suspension du traitement mercuriel.

Le lendemain, la dyspnée étant moins vive et la malade présentant de l'embarras gastrique, on lui administre un éméto-cathartique.

Les jours suivants tout paraît rentré dans l'ordre et la malade reprend son genre de vie habituel, lorsque, le 5 mai, elle est prise d'un point de côté *gauche*, s'accompagnant cette fois d'une fièvre assez vive, d'une toux sèche, quinteuse, et d'une orthopnée des plus intenses.

L'examen de la poitrine révèle alors les signes d'un épanchement pleurétique occupant le tiers inférieur gauche du thorax.

Il y a en même temps hypertrophie très vaste de la rate.

En présence de cette nouvelle poussée, on reprend le traitement mercuriel qui avait été suspendu, et on fait appliquer un vésicatoire sur le côté gauche.

Les jours suivants une certaine amélioration se produit dans l'état général, la fièvre tombe à partir du quatrième jour ; l'état local reste stationnaire.

A partir du 10 mai, l'épanchement persistant toujours, on institue un traitement intensif par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose journalière de 3 grammes. Au bout de trois jours il y a déjà une amélioration sensible, l'épanchement est en pleine résolution, l'état général est excellent et la malade demande à se lever.

Les jours suivants l'épanchement disparaît, les fausses membranes ellesmêmes se résorbent en grande partie, il ne reste plus à la partie inférieure gauche du thorax qu'une légère diminution de la sonorité et des vibrations avec quelques frottements pleuraux.

La malade sort complètement guérie le 30 mai.

Dans cette observation, ce qui mérite d'être signalé, ce sont les deux poussées successives de pleurite, d'abord à droite, puis à gauche : celle-ci beaucoup plus intense, s'accompagnant d'épanchement et de symptômes généraux sérieux, et pourtant disparaissant rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

La troisième observation se rapporte encore à une fille publique, âgée de 22 ans, qui entre le 4 mai 1894 à l'hôpital pour des accidents secondaires en pleine évolution (papules vulvo-anales, plaques muqueuses sur le voile du palais et les piliers) ; elle avoue, d'ailleurs, avoir eu, il y a deux mois, un chancre sur l'une des grandes lèvres ; elle a un dossier pathologique assez chargé. Il y a dix ans, elle a eu une forte bronchite ; il y a un an, étant à Paris, elle a été prise d'un rhumatisme articulaire aigu avec lésion mitrale, pour lequel elle a fait un séjour de trois mois dans un hôpital de la capitale. Enfin elle a souffert d'une salpingite droite, et présente depuis un mois des métrorrhagies fréquentes.

Sa dentition est si mauvaise, qu'on attend de lui avoir remis ses gencives en état avant de commencer le traitement général : on se contente de combattre les papules vulvaires et les plaques muqueuses par un traitement local approprié.

Le 7 mai, elle est prise de fièvre et de violentes douleurs dans le basventre, du côté des annexes droits, qui l'oblige à s'aliter. On reconnaît qu'il s'agit d'une poussée de salpingite, pour laquelle on prescrit les

onctions d'onguent napolitain belladonné suivies d'applications de cataplasmes émollients, et une potion calmante.

Le 11, une grande amélioration s'est produite du côté du bas-ventre, mais depuis deux jours la malade se plaint d'un *point de côté gauche*, survenu sans refroidissement, sans frissons, sans fièvre. On l'ausculte, et on trouve à la base gauche des signes de pleurésie sèche caractérisés par un affaiblissement des vibrations, de la matité et une diminution notable du murmure vésiculaire avec quelques frottements pleuraux. On prescrit l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. par jour ; applications locales de teinture d'iode.

Le 14, la pleurésie persiste toujours à gauche avec les mêmes caractères ; il y a aussi quelques légers frottements à droite. On associe alors au traitement ioduré les frictions mercurielles.

Au bout de cinq jours, le point de côté a disparu, et les signes de pleurésie commencent à s'atténuer.

Le 21, l'état thoracique est bien modifié : il n'y a plus à la base droite que de la submatité, une diminution légère des vibrations et quelques frottements.

La malade commence à se lever et sera complètement guérie au bout d'une dizaine de jours.

Dans ce cas, on voit une pleurésie survenir sans cause apparente au cours d'une syphilis secondaire et disparaître rapidement par le traitement mixte.

Si nous rapprochons des trois faits que je viens de citer les cas déjà publiés, cela fait un total de dix-neuf observations, suffisant, il semble, pour édifier la symptomatologie de la pleurésie syphilitique.

Au point de vue symptomatique, cette pleurésie ne présente pas de caractères nettement tranchés et pourrait être jusqu'à un certain point rapprochée de ces maladies que le professeur Fournier vient de décrire sous le nom d'*affections parasyphilitiques*.

En effet, elles peuvent être fébriles ou apyrétiques, simples ou doubles, s'accompagner d'épanchement ou rester sèches, débuter par un point de côté plus ou moins violent avec dyspnée d'intensité variable, ou bien présenter un début absolument latent.

Pourtant, d'une manière générale, les allures de la pleurésie syphilitique sont moins vives que celles de la pleurésie franche ; la fièvre en particulier est le plus souvent peu accentuée et dans tous les cas de peu de durée.

Signalons aussi dans l'évolution la marche par poussées successives qui a été très nette dans nos deux premières observations.

Ce qui les caractérise, c'est leur apparition concurremment avec les premiers accidents de la période secondaire, leur coïncidence habituelle soit avec la roséole, soit avec une poussée de papules cutanées ou de plaques muqueuses ; c'est encore leur résistance au traite-

ment habituel des pleurésies et surtout leur guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique, et plus particulièrement du traitement mixte.

Comment comprendre la production d'une pleurésie sous l'influence de la syphilis?

S'agit-il d'une éruption se faisant sur la plèvre?

S'agit-il d'un retentissement plus étendu de la syphilis sur le système lymphatique, portant son action sur certaines séreuses qui ne constituent, comme on sait, qu'une dépendance de ce système?

Chantemesse et Widal soutiennent plutôt la première opinion, celle d'une éruption se faisant du côté de la plèvre, comme elle a lieu du côté de la peau, du côté des muqueuses. Cette éruption syphilitique de la plèvre donnerait lieu à une pleurésie avec épanchement ou à une pleurésie avec fausses membranes.

On s'explique, il me semble, mieux cette localisation, si l'on considère ce qui peut se passer du côté des articulations. On sait qu'au début de la période secondaire il peut se produire des manifestations articulaires donnant lieu à un véritable rhumatisme syphilitique dont la nature est admise par tout le monde. Or, les articulations sont avant tout constituées par une synoviale, une membrane séreuse.

Dès lors, puisque la syphilis peut atteindre les séreuses articulaires, elle peut frapper aussi les séreuses viscérales, et l'on comprend ainsi qu'elle puisse envahir la plèvre.

La coïncidence, dans notre première observation, de la pleurésie avec une poussée d'arthralgie, nous paraît constituer un argument puissant en faveur de cette opinion.

Mais la pleurésie paraît une localisation assez rare de la syphilis. On peut se demander quelles sont les raisons qui peuvent déterminer cette localisation anormale de la vérole.

Rochon serait disposé à incriminer l'absence ou l'insuffisance du traitement spécifique antérieur; mais ceci doit être considéré plutôt comme une cause de syphilis grave que comme la cause déterminante d'une localisation spéciale.

Il me semble qu'on doit incriminer de préférence certaines conditions du sujet : si l'on voit la syphilis se manifester prématurément du côté de la plèvre, comme on la voit d'autres fois se porter sur le cerveau, c'est que, le plus souvent, il s'agit de sujets offrant du côté de ces organes un *locus minoris resistentiæ*.

Si nous examinons à ce point de vue l'histoire de nos trois malades, nous voyons que le sujet de la troisième observation a présenté antérieurement de la bronchite et une lésion cardiaque rhumatismale, que le sujet de la deuxième observation a des antécédents d'alcoolisme, qu'il en est de même pour le premier cas, chez lequel on retrouve en outre une hérédité tuberculeuse. Or, l'alcoolisme, qui est une cause

de syphilis grave, est aussi un agent d'irritation pulmonaire, et je serais disposé à admettre qu'il a agi comme excitant à la localisation pleurale de la syphilis.

Le *diagnostic* de la pleurésie syphilitique doit être fait avec :

la pleurésie simple,
la pleurésie rhumatismale,
la pleurésie tuberculeuse.

Le début de la pleurésie simple se fait à grand fracas. Il y a des frissons répétés qui ne s'observent pas généralement dans la pleurésie syphilitique. La fièvre atteint un degré assez élevé et persiste généralement assez longtemps.

La pleurésie rhumatismale peut, comme la pleurésie syphilitique, se développer d'une façon latente, se faire sans fièvre ; mais elle s'accompagne d'épanchement très abondant ; dans la pleurésie syphilitique, l'épanchement est généralement peu abondant ou fait défaut.

La pleurésie tuberculeuse est le plus souvent une pleurésie sèche. Elle s'annonce par l'invasion de cette fièvre spéciale, rénittente, qu'on a appelée fièvre tuberculeuse ; on a souvent, en même temps, des signes de tuberculisation du côté des sommets.

Des faits que j'ai observés, il résulte que, dans la pleurésie syphilitique, le point de côté est habituel, mais généralement peu violent. Jamais il n'y a eu de frissons au début. La pleurésie a été tantôt sèche, tantôt avec épanchement. Mais si nous tenons compte des cas déjà connus, nous voyons que les épanchements, lorsqu'ils ont existé, ont été toujours peu abondants et n'ont jamais nécessité la thoracentèse.

Enfin il faut noter *l'hypertrophie de la rate* qui ne fait jamais défaut dans le cas de syphilis, d'après Rochon. Nous ne l'avons relevée que dans notre deuxième observation.

Tous ces caractères, en somme, ne sont que des caractères de présomption. La seule preuve absolue qu'on a affaire à une pleurésie syphilitique, c'est la guérison par le traitement spécifique ; l'amélioration se fait avec une grande rapidité.

Le pronostic de ces pleurésies est peu grave : c'est une localisation en apparence sérieuse de la syphilis, mais qui aboutit toujours à la guérison.

Le traitement est celui de la syphilis en cours : le mercure, auquel il est bon d'associer l'iodure. En somme, c'est le traitement mixte qui paraît indiqué, et c'est l'avis de Rochon.

Le traitement doit être énergique : on usera de frictions mercurielles, en même temps qu'on donnera l'iodure à doses assez fortes. On pourrait aussi employer les injections mercurielles solubles ou insolubles.

Les vésicatoires ne me semblent pas bien utiles. Dans les cas où l'épanchement persiste, on y aura recours. On pourra aussi appli-

quer des ventouses, de la teinture d'iode. En même temps on prescrira un régime et une hygiène appropriées.

De l'exposé que je viens de vous présenter, il est permis, ce me semble, de tirer les conclusions suivantes :

1° Les faits sont à l'heure actuelle assez nombreux pour affirmer, avec Chantemesse, qu'il peut se produire dans le cours de la période secondaire, et plus particulièrement au début, une pleurésie provoquée par l'infection syphilitique.

Chantemesse lui avait donné le nom de pleurésie syphilitique du stade roséolique, je propose de lui donner l'appellation plus compréhensive de pleurésie syphilitique de la période secondaire.

2° Cette pleurésie n'a pas par elle-même de caractère distinctif tranché ; elle se reconnaîtra habituellement à son apparition au cours d'une éruption exanthématique, à son début, souvent latent, sans frissons, à l'absence ou au peu d'intensité de la fièvre, à son évolution se faisant fréquemment par poussées successives, mais surtout à l'efficacité rapide du traitement spécifique.

3° Le traitement devra mettre en œuvre les deux agents curatifs de la syphilis, mercure et iodure, dont la combinaison est ici beaucoup plus efficace que l'emploi isolé de chacun d'eux.

Note sur le traitement de la blennorrhagie.

Par M. Barthélemy.

Le traitement de la blennorrhagie est toujours à l'étude et une note sur ce sujet est toujours d'actualité, surtout dans cette école lyonnaise d'où sont sortis tant de recherches précieuses et tant de progrès relatifs à cette maladie. Cette note n'a d'ailleurs rien de comparable aux travaux de Diday, Rollet, Horand, Aubert, Eraud et Hugounenq, Cerzy, etc. Elle est toute modeste et n'a pas d'autre prétention que d'exposer les résultats exacts de plusieurs années d'observation et de pratique courante.

1° *Chez l'homme*. — Je n'ai pas réussi dans mes tentatives abortives, excepté dans ces cas d'écoulement purulent où il ne s'agit vraisemblablement pas de blennorrhagie gonococcienne et où tout peut réussir. J'ai même observé quelques cas d'exaspération qui m'ont semblé attribuables à la méthode abortive. Aussi j'y ai renoncé et je préfère la méthode classique, dite antiphlogistique de Puche, Fournier, etc., et je m'efforce de réaliser l'antisepsie des voies urinaires, reins, vessie, urèthre, par des boissons très abondantes, dites adoucissantes, additionnées de substances variées, benzoates de soude et

diurétine, benzonaphtol, bétol et caféine, etc., dont j'ai obtenu des résultats satisfaisants, mais non pourtant merveilleux. Je les continue ainsi que les bains locaux et généraux, tant que le liquide, toujours alcalin chez l'homme, n'est pas devenu muco-purulent et *dédoublé*. Alors seulement je prescris les balsamiques à haute dose et pendant trois ou quatre jours seulement, sous forme d'opiats où je fais entrer, en même temps que du bétol et de la terpine, le santal, le cubèbe et surtout le copahu. Mais pour bien réussir, et alors cette action ne peut être mise en doute, il faut que la période purulente ait bien fait place à la période catarrhale.

Pendant la période aiguë, en même temps que bains et boissons, je conseille les grandes injections faites, matin et soir, avec deux litres d'eau tiède ayant bouilli et contenant, pour chaque litre, 20 centigr. de permanganate de potasse.

Quand est venue la période du dédoublement et du suintement, au lieu des traditionnelles injections au sulfate de zinc et au nitrate d'argent, je me sers parfois de ces solutions, mais à la dose très atténuée de 35 centigr. de sulfate de zinc et de 15 centigr. de nitrate par litre d'eau bouillie. J'ai pratiqué des injections destinées à tapisser le mieux possible tous les replis de la muqueuse uréthrale d'une couche pulvérulente, par exemple d'un mélange d'acide borique, de soufre précipité et de salicylate de bismuth. Très bien toléré, ce traitement, bien que fait avec des proportions respectivement variées de chacune des substances indiquées, ne m'a pas fourni de meilleurs résultats que les autres traitements. Il me semble, au contraire, avoir évité la chronicité si redoutable et aussi dans des cas qui s'étaient montrés réfractaires aux instillations pratiquées même par les praticiens les plus réputés, au moyen des bougies antiseptiques, à la fois fondantes et résistantes, dont je présente quelques types. Ces bougies faites de glycérine solidifiée, contiennent jusqu'à un gramme de substance active et modificatrice, tannin, ichtyol, etc. Elles sont molles, douces, unies et n'excorient pas la muqueuse comme celles, rigides et rugueuses, qui ont été jadis mises en usage et depuis abandonnées. Ces bougies sont introduites tous les soirs, au lit, dans l'urèthre, après qu'on a uriné et fait l'irrigation antiseptique, puis elles sont abandonnées dans l'urèthre où elles fondent peu à peu pendant la nuit, sans déterminer ni douleur, ni irritation. Elles jouent le rôle d'une injection pâteuse longtemps prolongée, ayant le temps de pénétrer profondément dans la muqueuse et peut-être dans les glandes. C'est grâce à la prolongation de l'action modificatrice qu'elles ont rendu, du moins m'a-t-il semblé ainsi, la guérison plus rapide et plus fixe.

2° *Chez la femme*. — C'est la même pâte dont sont faits les crayons dont je me sers pour le pansement intra-utérin après avoir

fait une rigoureuse antisepsie de l'utérus et du vagin au moyen d'une sonde intra-utérine, d'un siphon et d'une solution de sublimé ou de permanganate (1 gr. par litre). Les crayons intra-utérins, plus résistants que ceux de l'urèthre, même pour l'urèthre de la femme peuvent être faits au tannin, au sulfate de cuivre, à la créosote, à l'iodoforme, à l'ichtyol, à l'aristol ou à telle autre substance antiseptique que l'on choisira selon les indications de chaque cas ? Ces crayons intra-utérins bien enduits d'huile résorcinée, peuvent être introduits dans toute la cavité utérine ou seulement dans la cavité cervicale. Ils sont bien tolérés et leur consistance suffit à les faire tenir ; pour plus de sûreté, on peut y mettre un tamponnet d'ouate hydrophile. A défaut des crayons, je mets dans la cavité utérine une petite mèche de gaze iodoformée imbibée d'un mélange ainsi composé :

Huile végétale stérilisée	100 gr.
Eau de chaux	30 —
Résorcine	2 —

Quant au vagin, il a été au préalable soigneusement irrigué, et antiseptisé, badigeonné au nitrate d'argent (solution au 50°), saupoudré abondamment d'iodoforme et tamponné avec un rouleau d'ouate hydrophile imbibée aussi d'huile résorcinée. Tel est le traitement qui m'a donné les résultats les plus rapides et les plus durables. Cette antisepsie armée a suffi dans un grand nombre de cas de blennorrhagies généralisées à tout l'appareil génital de la femme : Vulvo-vaginite, uréthrite, blennorrhagie des glandes vulvo-vaginales sans suppuration de celles-ci, métrite totale, voire salpingite.

Je dois à la vérité de dire qu'à Saint-Lazare, les cas de blennorrhagie des annexes, des trompes et des ovaires sont plus rares que dans certains autres milieux, bien que la blennorrhagie soit de beaucoup la maladie la plus fréquente. Cela tient à ce qu'on observe surtout des femmes jeunes dont les divers sphincters se défendent bien et résistent longtemps à la propagation infectieuse. L'uréthro-vulvo-vaginite aiguë existe fréquemment sans métrite ; ou bien il n'y a que métrite du méat utérin alors même que les culs-de-sac vaginaux sont baignés de pus virulent. C'est que le sphincter externe est bien fermé. Chez d'autres le col est entr'ouvert, la blennorrhagie existe dans la cavité du col, amenant de l'inflammation de la muqueuse, le chémosis, des hypertrophies papillaires, des végétations, des fongosités, ou des érosions vraies ; mais le sphincter interne s'oppose longtemps à la blennorrhagie totale. Il en est tout autrement quand la femme infectée vient à accoucher ; la blennorrhagie pénètre alors vite et facilement partout et bien souvent elle rend les suites de couches compliquées ou difficiles. Si la blennorrhagie survient après des accouchements répétés, ou sur un sujet lymphatique anémique, dont

les tissus soient peu résistants, la propagation se réalise encore promptement. Parfois il y a vers le quinzième ou le vingtième jour une tuméfaction très douloureuse des annexes, de l'ovaire plus encore que de la trompe. Cette complication, d'abord menaçante, ne tarde pas à s'atténuer, parfois par le repos et par les moyens les plus simples alors qu'on eût pu croire promptement nécessaires les interventions chirurgicales les plus sérieuses. J'ai observé ces cas de résolution presque spontanée, dans l'espace de vingt à trente jours, assez fréquemment pour être certain de la réalité de ces faits, que je crois pouvoir comparer tout à fait à notre complication orchidienne.

D'ailleurs, chez la femme comme chez l'homme c'est la période catarrhale, gardant ses propriétés de virulence et de contagiosité, qui est la plus tenace et la plus difficile à guérir. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu à lutter contre cette mèche muco-purulente si tenace. Les cautérisations répétées ou énergiques n'atteignent pas les culs-de-sac glandulaires et échouent ou produisent des atrésies.

C'est dans ces cas que je me suis très bien trouvé (comme aussi dans l'uréthrite chronique de la femme) de *l'électrolyse*, procédé simple, facile à appliquer et toujours bien toléré, grâce auquel j'ai guéri bien des malades, soit en leur évitant le curettage (qui est ainsi rendu bien plus rarement nécessaire), soit en guérissant l'affection, qui avait *résisté à un ou même à plusieurs curettages* pourtant irréprochablement pratiqués.

Depuis une année que j'ai eu recours au procédé électrolytique dans un grand nombre de cas, ce que j'ai vu, ce que j'en ai obtenu me permet de le conseiller sans réserve.

Je me sers des piles Léclanché, type modifié, zinc et charbon avec sulfate de zinc, donnant des courants beaucoup plus égaux, plus soutenus, plus durables et occupant beaucoup moins de place (système Figueiras) dans un cabinet. Les piles sont contenues dans une boîte de 50 centimètres de long sur 25 de large, ayant à volonté les dimensions d'un rayon de bibliothèque. Tous les fils des trente éléments sont ramenés à un galvanomètre Gaiffe qui est l'appareil de ce genre le plus recommandable à mon avis. On peut à volonté, au moyen d'un commutateur très facile à manœuvrer, changer les courants et les rendre alternatifs. Les fils sont reliés, l'un à la large plaque métallique (plomb malléable recouvert de peau destinée à conserver l'humidité quand, au moment de s'en servir, on la plonge dans l'eau tiède salée), destinée à se mouler sur l'abdomen ; l'autre à l'hystéromètre à tige de platine. Tout cet appareil fonctionne très bien, sans aucune réparation depuis une année, aussi bien à Saint-Lazare que dans mon cabinet ; il n'est donc pas fragile.

La malade est couchée sur le dos, les jambes écartées pour que le spéculum en verre puisse être facilement introduit. La plaque métal-

lique mouillée et enveloppée d'un linge humide d'eau salée est maintenue sur l'abdomen. L'hystéromètre ou la tige fine de platine est introduit dans le canal dont on veut modifier la muqueuse, soit dans l'urèthre où on le maintient de 25 à 50 secondes à la dose de 15 à 20 milliampères, soit dans les cryptes infectées autour de la vulve ou même dans les conduits des glandes vulvo-vaginales, dont on fait une sorte de cathétérisme, soit dans le vagin (au moyen de la tige enveloppée d'un fort tampon d'ouate humide), soit surtout dans les cavités du col ou du corps de l'utérus. C'est dans ces cas où l'orifice du col est très étroit, où toutes les cautérisations chimiques sont ou impossibles, ou inefficaces, ou dangereuses que l'électrolyse rend des services. Habituellement, l'hystéromètre, fixé au pôle positif, est laissé en place, sans même qu'il soit utile de le promener dans tous les recoins ou replis de la cavité utérine pendant 3 à 4 minutes, à la dose de 40 à 50 milliampères. Les séances sont renouvelées tous les six jours, pendant environ deux mois ; elles n'ont jamais été suivies d'aucun accident ni notamment d'atrésie ; ce sont des picotements de la plaque abdominale dont se plaignent exclusivement les malades. Apostoli et Oudin ont conseillé dans les dernières séances l'emploi du pôle négatif. Je n'en ai pas constaté la nécessité, ni même l'utilité ; c'est une ressource en cas d'atrésie.

Abcès cutanés et sous-cutanés multiples et récidivants chez les jeunes enfants.

Par H. HALLOPEAU.

Les jeunes enfants sont prédisposés aux suppurations. On sait avec quelle facilité les adénopathies se terminent chez eux par la formation d'abcès, alors même qu'elles ne sont pas tuberculeuses ; on connaît la tendance de leurs inflammations eczémateuses à devenir purulentes.

Nous avons vu un nourrisson contracter, par voie nasale, une infection purulente sans avoir été en contact autrement que par l'intermédiaire de linges souillés avec un foyer d'infection.

Cette prédisposition peut se traduire par la production simultanée et successive d'un grand nombre d'abcès cutanés. Ce fait paraît être assez rare, car nous n'en avons trouvé dans la littérature médicale que deux faits : le premier remonte à 1887 et appartient à Escherich ; le second a été publié en 1892 par G. H. Roger. Nous en avons observé deux cas dans le courant de cette année, l'un en ville en consultation avec le Dr Klein, l'autre à l'hôpital Saint-Louis, dans notre salle Lugol ; l'histoire de ce dernier peut être résumée ainsi qu'il suit :

Marcel P..., âgé de 8 mois, entre, le premier juin, au numéro 21 de la salle Lugol. Ses parents paraissent exempts de toute tare constitutionnelle. A partir de l'âge de 3 mois, il a commencé à avoir des boutons suppurés : les premiers se sont manifestés dans les régions fessières ; puis toute la surface du corps s'est bientôt recouverte de petites pustules : depuis lors les suppurations n'ont jamais cessé. Leurs foyers sont devenus plus volumineux depuis une rougeole contractée le 26 avril et dont le cours paraît d'ailleurs avoir été régulier : un grand nombre d'entre eux se sont ouverts spontanément.

Actuellement, l'enfant présente une éruption abondante de pustulettes miliaires dans la région frontale, et a, sur toute la surface du corps, des collections purulentes à diverses périodes de leur évolution. On trouve en effet tous les intermédiaires entre ces pustulettes et de volumineux abcès sous-cutanés ; ceux-ci atteignent, par places, le volume d'une noix. *On n'en compte pas moins d'une cinquantaine disséminés dans toutes les parties du corps.* Leur relief est parfois considérable : *ils produisent de véritables déformations*, comme en témoigne la photographie que nous avons l'honneur de faire passer sous vos yeux. Tous sont de consistance molle et le siège d'une fluctuation évidente. La peau a gardé au niveau de certains d'entre eux, ceux qui sont sous-dermiques, sa coloration normale ; les autres présentent une coloration d'un rouge violacé ; leur aspect rappelle singulièrement celui de certaines gommes spécifiques.

Plus ou moins rapidement, chacun de ces foyers s'ouvre spontanément à la surface de la peau et donne issue à du pus bien lié, épais et de coloration soit jaunâtre, soit café au lait.

L'*examen bactériologique*, pratiqué par M. Jeanselme, a montré que les *staphylocoques* dorés constituent les seuls parasites contenus dans ce liquide.

Les foyers évacués sont représentés par des cicatrices pour la plupart déprimées et de coloration brunâtre ou violacée ; d'autres laissent à leur suite une macule d'un rouge pâle présentant dans sa partie centrale une tache violacée d'une coloration beaucoup plus intense.

L'enfant présente un chapelet rachitique des plus prononcés. L'état général de l'enfant est relativement satisfaisant ; il a bien supporté jusqu'ici ces suppurations si nombreuses et abondantes. Ses muqueuses sont indemnes.

Sorti de l'hôpital le 14 janvier, le petit malade nous a été ramené à plusieurs reprises. Lors de notre dernier examen, la grande majorité des collections s'était ouverte et il ne s'en formait plus de nouvelles, mais l'enfant était atteint d'une pneumonie lobaire dont le début remontait à trois jours. Nous ignorons comment elle s'est terminée.

Le petit malade que nous avons observé avec le Dr Klein avait 15 mois ; les suppurations, toutes cutanées, se sont renouvelées pendant six mois ; quelques-unes ont gagné le tissu cellulaire sous-cutané, par propagation.

Dans le cas de G.-H. Roger, les localisations et les caractères des abcès ont été un peu différents ; les collections ont toutes été primiti-

vement sous-cutanées ; elles ne s'accompagnaient d'aucune réaction inflammatoire locale, aussi ont-elles été qualifiées d'abcès froids. L'enfant, âgé de six ans, est mort au bout de six jours d'observation.

Nous devons dire enfin que ces suppurations multiples, sans septicémie, ne se produisent pas exclusivement dans l'enfance. Nous en avons observé un exemple des plus remarquables avec Louis et Charles Monod chez une jeune femme ; les premières collections se sont développées autour de boutons d'acné ; elles se sont étendues ultérieurement aux glandes sudoripares des aisselles ; puis, sont survenues des collections multiples sur les membres et le tronc. Elles débutaient le plus souvent par une pustulette pour s'étendre ensuite dans le tissu cellulaire sous-cutané ; elles se sont renouvelées pendant plusieurs semaines ; elles ne se sont éteintes qu'après avoir été toutes ouvertes et traitées antiseptiquement par Ch. Monod. La santé générale n'a été que légèrement atteinte.

Le *diagnostic* n'a pas été, chez notre premier malade, sans offrir quelques difficultés. Nous avons dit que les tumeurs présentaient une grande ressemblance avec des gommes syphilitiques ; elles en différaient cependant par la fluctuation dont elles étaient le siège dès le moment de leur apparition ainsi que par le caractère franchement purulent de leur contenu. D'ailleurs, il n'existait chez cet enfant aucun signe de syphilis et nous avons vu que ses parents semblaient également en être indemnes.

L'hypothèse de gommes tuberculeuses aurait pu également être formulée ; mais ces néoplasies n'affectent pas le même mode de distribution. Elles ne sont pas disséminées, comme ces abcès multiples, sur toutes les parties du corps ; elles se groupent le plus souvent en séries suivant le trajet des lymphatiques ; d'autre part, lorsqu'elles viennent à s'ouvrir, elles restent presque constamment fistuleuses au lieu de se cicatriser rapidement comme le font les abcès de notre petit malade ; enfin leur inoculation rend les animaux tuberculeux. Or les expériences pratiquées par G.-H. Roger ont été négatives à cet égard.

Reste l'hypothèse de suppurations primitives ou consécutives à de simples inflammations phlegmoneuses ; c'est la seule acceptable. Faut-il admettre, en raison de la multiplicité et de la reproduction incessante des foyers, l'existence d'une cause générale ? Ce ne pourrait être qu'une pyohémie, mais cette maladie se traduit par des frissons, de la fièvre et des troubles de la nutrition qui font défaut chez nos malades.

Nous pensons bien plutôt, d'accord avec Escherich, qu'il s'agit en pareils cas d'auto-inoculations successives. Le mode de propagation est alors, suivant toute vraisemblance, le même que dans les cas de furoncles multiples. Les téguments des sujets atteints offrent sans doute, à un degré plus élevé encore que chez la majorité des enfants,

un terrain favorable aux multiplications microbiennes. Le point de départ peut être une excoriation accidentelle, telle qu'il s'en produit chez les jeunes enfants sous l'influence du contact avec l'urine ou les fèces : le début des éruptions pustuleuses par les régions fessières, signalé chez notre malade, est en faveur de cette origine. Il est probable que la rougeole survenue dans le cours de la maladie a contribué à l'aggraver.

Comment les micro-organismes pénètrent-ils dans la peau saine pour donner lieu à des inoculations superficielles ou profondes? Ce serait, d'après Escherich, par l'intermédiaire des orifices glandulaires; c'est, en effet, l'interprétation qui paraît la plus vraisemblable ; elle a été de toute évidence pour les hydrosadénites axillaires chez la jeune femme dont nous avons parlé : le siège profond des glandes sudoripares peut expliquer la production des foyers primitivement sous-cutanés.

La thérapie consiste exclusivement dans l'emploi local des antiseptiques, après l'ouverture artificielle ou spontanée des abcès.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *La peau des enfants du premier âge offre un bon terrain de culture aux microbes banals de la suppuration et particulièrement au staphylocoque doré ;*

2° *Elle peut devenir le siège, à la suite d'irritations accidentelles, de suppurations multiples qui envahissent toute la surface du corps et se renouvellent pendant des mois;*

3° *Il peut se développer simultanément des abcès sous-cutanés;*

4° *Il n'y a pas lieu d'invoquer, en pareil cas, une cause générale ; il n'y a pas de pyohémie;*

5° *Il s'agit d'auto-inoculations dont les portes d'entrée sont très probablement, comme l'a dit Escherich, les orifices glandulaires; le fait est de toute évidence lorsque les suppurations affectent les caractères des hydrosadénites phlegmoneuses décrites par Verneuil ;*

6° *Le siège profond des glandes sudoripares explique la production des abcès sous-cutanés ;*

7° *La maladie peut en imposer pour une manifestation gommeuse de la syphilis ou de la tuberculose ;*

8° *Elle peut exceptionnellement se développer chez l'adulte.*

Le secrétaire,

W. Dubreuilh.

SÉANCE DU 3 AOUT 1894.

PRÉSIDENCE DE M. DRON

SOMMAIRE : Mort de M. le professeur Rollet ; allocution de M. DRON. — Rapport sur la trichophytie, par M. SABOURAUD. (Discussion : M. DUBREUILH.) — Traitement de la trichophytie du cuir chevelu par la chrysarobine, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. BROCQ, AUGAGNEUR, DRON, FEULARD, DUBREUILH, BROUSSE, GÉMY, STOUKOWENKOFF.) — De l'hydroa vacciniforme, par M. BROCQ. — Sur un type clinique de lichen plan, par M. Ch. AUDRY. — Leuco-mélano-dermie syphilitique, par M. GÉMY. — De la transpiration insensible, par M. P. AUBERT. — Malformation des maxillaires dans la syphilis héréditaire, par M. JULLIEN. — Uréthro-cystite blennorrhagique compliquée d'emblée de purpura infectieux très grave, par MM. F. BALZER et R. LACOUR. (Discussion : MM. BROUSSE, BARTHÉLEMY, AUGAGNEUR, SABOURAUD, BROCQ, DU CASTEL, AUBERT.) — Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire, par MM. L. PERRIN et ASLANIAN. (Discussion : MM. BROCQ, AUGAGNEUR, SABOURAUD.) — Syphilis héréditaire, par M. A. DRON. — Sur les syphilis régionales à localisations cutanées et osseuses, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BROCQ.) — De l'action des courants de haute fréquence et de haute tension sur quelques dermatoses, par M. OUDIN.

Mort de M. le professeur Rollet.

Au commencement de la séance M. le Dr DRON annonce la mort de M. LE PROFESSEUR ROLLET, président d'honneur de la Société, et s'exprime en ces termes :

« Un lamentable événement attriste aujourd'hui notre réunion. Le président d'honneur de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, M. le professeur Rollet, vient de mourir. Cette perte sera vivement sentie par la Société dont il portait haut la gloire par ses travaux scientifiques, — en même temps que par l'aménité, la bienveillance de son caractère il avait gagné tous les cœurs.

« Messieurs, dans la douleur dont nous sommes pénétrés, si nous étions en session ordinaire nous devrions lever la séance en signe de deuil. Mais les communications importantes de collègues venus de si loin pour contribuer au progrès de la science ne peuvent se remettre. Nous sommes du reste, en continuant nos travaux, fidèles à la dernière recommandation que nous a adressée notre regretté président : *Laboremus.* »

Sur la trichophytie.

Rapport présenté par M. SABOURAUD, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Messieurs,

Vous avez mis à l'ordre du jour de vos séances la question de la trichophytie. En effet, cette question se trouve à l'heure actuelle en vedette parmi toutes les autres dans la dermatologie. C'est la question d'actualité.

Après un long stade de paresse scientifique sur un sujet que les travaux antérieurs semblaient bien à tort avoir épuisé, est survenue au contraire une fièvre de recherches auxquelles ont contribué — avec tous les centres d'études dermatologiques de l'étranger — ceux de France, et d'une façon toute particulière.

C'est le chemin parcouru en ces années dernières que je voudrais mesurer avec vous aujourd'hui. Et je remercierai d'abord la Société française de Dermatologie de m'avoir choisi pour présenter un rapport sur cette question. Car ce choix montre tous les égards qu'elle a pour les modestes recherches que je poursuis sur ce sujet depuis plusieurs années.

*
* *

Il serait impossible d'analyser ici, même brièvement, toute la série des travaux, quelques-uns considérables, qui se sont succédé sur cette question. Du reste, ce serait un mauvais moyen d'exposer d'une façon claire ce que souvent plusieurs auteurs concordent à dire, quoique en des termes différents.

Je ne prendrai donc point ces travaux séparément : c'est leur ensemble que j'étudierai le plus brièvement possible. Et j'adopterai, pour simplifier la question, trois divisions, ou si vous voulez je la scinderai en trois chapitres.

1° Le premier traitera de *la séparation des teignes tondantes en deux entités morbides distinctes ;*

2° Le second traitera de *la pluralité des trichophytons ;*

3° Enfin dans le troisième je résumerai d'après les plus récents travaux *les faits principaux qu'il faut retenir, ceux que l'on peut considérer comme établis.*

I. — SÉPARATION DES TEIGNES TONDANTES EN DEUX ENTITÉS MORBIDES DISTINCTES

En ce qui concerne la séparation des teignes tondantes en deux catégories nettement distinctes, on peut dire que l'accord entre les

dermatologistes est sur le point de se réaliser. Le nombre des affirmations concordantes est considérable, et, sans même compter l'hôpital Saint-Louis où cette différenciation a été établie dans le laboratoire de M. le Dr Ernest Besnier, à l'étranger le Congrès de la British medical association tenu à Newcastle l'année dernière, la Société de dermatologie de New-York (décembre 1893) se sont ralliés à cette opinion. — Et il faudrait mentionner aussi nombre d'adhésions scientifiques personnelles et isolées, parmi lesquelles je ne rappellerai que les deux dernières : l'avis conforme de M. le Dr Louis Wickham, et l'étude si positive et si documentée de M. le Dr Béclère, appuyée sur six mois de recherches spéciales de contrôle histologique et bactériologique.

En quoi consiste donc cette séparation des teignes tondantes en deux maladies différentes ? C'est ce que je vais essayer d'abord de résumer :

Il y a deux teignes tondantes, qui sont deux maladies autonomes et que l'on a jusqu'ici confondues à cause de la similitude du siège anatomique de leur lésion. On peut les différencier sans peine : 1° Par la culture différente de leur parasite ; — 2° Par l'aspect microscopique différent du cheveu malade ; — 3° Enfin cette différenciation est même facile à l'œil nu, quand la lésion dont chacune de ces maladies s'accompagne n'a pas été défigurée par le traitement.

Examinons successivement ces trois ordres de preuves de la dualité des teignes tondantes :

A. — *La culture.*

B. — *L'examen microscopique.*

C. — *L'examen clinique.*

*
* *

A. — *Différenciation des deux tondantes par la culture.*

Au moment de démontrer, preuves en main, la différenciation des deux tondantes par la culture de leur parasite je dois signaler d'abord deux causes d'erreur qui ont une importance considérable dans la question.

α Il ne faut pas pratiquer les cultures cryptogamiques *sur des tubes*, longs et étroits. Il faut les ensemencer par piqûres *au centre d'un disque* de gélose nutritive, au fond d'un matras. Ceci, parce que les moisissures poussent et grandissent excentriquement, d'une façon régulière et continue. Si la colonie rencontre en grandissant la paroi du tube, elle se déforme et se contourne de façon qu'elle est bientôt méconnaissable. On ne peut alors que très mal juger de ses caractères objectifs.

β En second lieu, pour pouvoir comparer les caractères extérieurs

de deux champignons, il faut les ensemencer sur un milieu nutritif solide (gélosé), et sur un milieu chimiquement identique. Enfin, il faut que les deux cultures soient placées dans des conditions physiques d'une parfaite similitude (1).

Si je mentionne ces détails, Messieurs, et je dois m'en excuser, c'est que la plupart des notes discordantes qui se sont élevées à propos de la séparation des deux tondantes, ont été émises par des bactériologistes qui ne s'étaient pas préoccupés de la forme normalement circulaire des cultures cryptogamiques, non plus que des conditions physiques et chimiques semblables de leurs cultures comparatives ; et ces conditions sont ici rigoureusement nécessaires.

Eh bien, si dans ces conditions on pratique la culture des cheveux d'un grand nombre de tondantes, on obtiendra deux ordres de cultures très différentes, et que j'ai l'honneur de vous présenter.

Que l'on fasse ces cultures sur tous milieux même les plus simples, et la différenciation sera presque aussi évidente.

Voici par exemple des cultures comparatives sur gélose-peptone glycérinée.

En voici d'autres sur gélose-peptone maltosée où la différenciation des cultures des deux tondantes est plus nette encore — assez nette pour me dispenser, je suppose, de tout commentaire.

B. — *Différentiation des deux tondantes par la forme microscopique de leur parasite.*

Donc, il est facile de se convaincre, par la culture, de l'existence de deux tondantes dont le parasite est distinct. Est-il aussi simple de différencier ces deux maladies par l'examen microscopique du cheveu malade ?

Je n'hésiterai pas à répondre par l'affirmative la plus catégorique. Et j'ajouterai même que cette différenciation est encore plus facile, car elle n'exige pas le matériel des études bactériologiques : elle ne demande qu'un examen microscopique extemporané, qui peut être fait de suite, en quelques secondes.

Qu'on prenne quelques cheveux malades d'une tondante, qu'on les place sur une lame dans une goutte d'une solution de potasse à 30 ou

(1) Il est facile de réaliser l'identité chimique en fabriquant le milieu de culture dans un même vase ; on le répartira ensuite dans deux vases de forme et de dimension identiques.

Pour les conditions physiques, il sera facile de réaliser une identité parfaite en stérilisant les deux vases de culture ensemble (chauffage à la même température). Après les avoir ensemencés ensemble, on les fermera l'un et l'autre d'un capuchon de caoutchouc (identité d'aération et d'humidité). Enfin on placera les deux cultures dans une même étuve à température constante (égalité des conditions de température).

40 p. 100 ; il suffira de chauffer jusqu'à la première ébullition pour avoir une préparation pleinement suffisante.

Et voici les clichés qui montrent comparativement, à des grossissements semblables, l'aspect différent des cheveux des deux tondantes.

Dans l'une, ce sont des chaînettes de spores régulières et verticales, remplissant l'intérieur du cheveu. Et ces spores sont grosses de 5 à 6 μ. Dans l'autre, c'est *une gaine extérieure au cheveu*, une gaine de *petites spores* de 1 à 3 μ, disposées côte à côte et sans ordre distinct.

La différence est totale : les deux parasites n'ont pas la même forme. Et les caractéristiques de chacun sont rigoureusement immuables sur tous les cheveux d'une même tête.

Ce sont là des faits qui ont été exposés ailleurs (1), et avec assez de détails pour que je n'y insiste pas davantage ici ; et je me contenterai de répéter que le parasite à petites spores est celui-là même qui fut décrit en 1843 — avec la perfection la plus extraordinaire — par M. Gruby, sous le nom de *microsporum Audouini*, nom sous lequel il faut le distinguer.

L'extrême facilité de la différenciation microscopique entre le *trichophyton* et le *microsporum Audouini* est un fait qui peut choquer bien des observateurs qui ne se sont point attachés jusqu'ici à cette différenciation. C'est pourquoi je citerai les propres paroles de M. Beclère dans son rapport sur l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, en 1894. Elles appuieront, mieux que je ne saurais le faire, mes propres affirmations.

« Chez tous les enfants (de l'école) (108 cas), les cheveux malades, examinés au microscope à diverses reprises, m'ont toujours montré l'un ou l'autre des aspects suivants si opposés décrits par M. Sabouraud :

« 1° Ou bien des spores petites (de 2 à 3 μ de diamètre) *agrégées en mosaïque autour* du cheveu ;

« 2° Ou bien des spores grosses (de 5 à 7 μ de diamètre *ordonnées en files régulières à l'intérieur* du cheveu.

« Tous les élèves du service en ont fait l'expérience : il suffit de bien voir une fois, à un même grossissement et côte à côte, ou à quelques instants d'intervalle, deux cheveux dont l'un est engainé d'une mosaïque de petites spores, tandis que l'autre est farci de chaînettes de grosses spores, pour être frappé du contraste.

« On ne s'y trompe plus désormais, et avec un peu d'habitude il devient facile de distinguer au premier coup d'œil ce que par abréviation on appelle la petite et la grosse spore, en sous-entendant les

(1) R. SABOURAUD. Sur une mycose innominée de l'homme : la teigne tondante à petites spores. In *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1894.

autres caractères non moins importants liés à la plus ou moins grande dimension des éléments parasitaires.

« J'insiste sur la facilité du diagnostic au microscope, parce que les cultures en ont vérifié l'exactitude... En négligeant une ou deux erreurs commises tout au début de notre apprentissage, la culture est toujours venue confirmer notre premier diagnostic microscopique.

« Tous les élèves annoncent maintenant à coup sûr le genre de culture que donnera, après ensemencement, un cheveu examiné au microscope. J'ajoute que pas une fois jusqu'à ce jour, les examens, maintes fois répétés par différentes personnes, des cheveux d'une même tête, ne nous ont fait découvrir un enfant porteur à la fois de petites spores et de grosses spores. — Aussi notre conviction est faite à nous tous qui, à l'école des teigneux, avons pris part à ces recherches de contrôle : il existe bien deux teignes tondantes distinctes causées par des parasites différents, faciles à séparer au microscope, car leurs spores ne présentent ni la même dimension, ni le même siège, ni le même mode d'agmination. »

Après ces paroles si claires, il ne me reste plus qu'à vous présenter un ordre de preuves qui, celui-là, étant tout à fait impersonnel, ne saurait soulever la moindre critique. Il nous sera donné par la photographie. Les clichés que voici, et que M. le Dr Doyen, de Reims, a bien voulu faire d'après mes préparations, pour l'*Atlas de Microbiologie* qu'il termine, donneront à mes paroles un appui que nulle opinion, si désintéressée et si respectée qu'elle soit, ne pourrait fournir.

***

Il y a donc une tondante à grosses spores et une tondante à spores petites. Et voici les cultures qui correspondent respectivement à l'une et à l'autre :

La petite spore fournit sur tous milieux un tapis de duvet blanc-amiantacé.

La grosse spore donne lieu sur gélose glycérinée à une culture poudreuse dont le centre excavé est plissé irrégulièrement et dont la périphérie est rayonnée.

Sur gélose maltosée, elle donne lieu à un cratère central à bords saillants et contournés, si spécial et si constant qu'il peut servir de marque distinctive à cette espèce cryptogamique.

C. — *Différenciation des deux tondantes à l'œil nu.*

J'arrive au troisième ordre de preuves de la dualité des tondantes, aux preuves de leurs différences objectives sur les malades.

Il est une règle absolue en dermatologie, c'est que nul élève ne doit tenter un diagnostic à l'œil nu sur une lésion déjà traitée.

Cette règle n'est presque jamais appliquée à propos des teignes tondantes, et c'est pourquoi leur différenciation clinique n'avait pas été faite avant que l'expérimentation ne la prouvât.

Les deux tondantes sont faciles à différencier entre elles, au seul examen à l'œil nu. Tous ceux qui se sont appliqués à cette différenciation y sont parvenus sans peine. Je pourrais citer ici l'opinion de M. le D[r] Thibierge, celle de M. le D[r] Wickham, ou mieux l'avis plus explicite encore de M. Béclère quand il affirme qu'après trois mois passés à l'école des teigneux, il n'était presque pas un élève de son service qui ne fût en mesure de certifier la tondante à petites spores ou à grosses spores avant l'examen microscopique du cheveu.

L'une en effet (c'est la tondante à petites spores) a le cheveu long, engainé visiblement dans les trois millimètres de sa base.

L'autre (c'est la tondante à grosses spores), le cheveu court et sans gaine.

Mais je sens trop à quel point toute description clinique est insuffisante sans l'appui que lui prête l'examen même de la lésion, l'exemple vivant, et en l'absence de petits malades que je puisse faire passer sous vos yeux, je n'insisterai pas davantage.

*
* *

Il resterait maintenant à différencier par leur marche et par leur durée, *par leur sensibilité aux traitements*, ces deux espèces morbides dont je viens de fournir sous vos yeux la différenciation expérimentale. C'est une œuvre commencée, et tout annonce qu'elle sera prochainement féconde; à l'heure actuelle il n'est pas temps encore d'en parler : ce sera le travail des années prochaines.

Quoi qu'en aient dit des statisticiens par trop bienveillants pour le traitement qu'ils expérimentaient, les teignes tondantes gardent encore leur durée énorme. Ce sont des maladies qui résistent pendant des mois, pendant des années, à tous les efforts du médecin.

Avant de tracer définitivement la marche clinique d'affections aussi durables, il faut au moins une durée d'observation égale à la durée de leur évolution spontanée.

Et la seule remarque clinique qu'on peut mentionner parce qu'elle s'affirme de plus en plus, c'est que la tondante à petites spores est nettement la plus contagieuse, et que, d'*une façon générale*, elle semble aussi la plus rebelle.

D. — *La tondante à petites spores n'est pas une trichophytie.*

Après tout ce que je viens de résumer, il semble que l'on pourrait conclure : qu'il y a deux tondantes *trichophytiques* causées chacune par un trichophyton spécial.

Cette conclusion n'est pas si simple à formuler, car il ne suffit pas

qu'un parasite ait le même siège anatomique qu'un autre, pour être rangé dans sa famille naturelle.

Le *favus* peut atteindre le cheveu, le *trichophyton* de même; cependant, au point de vue mycologique, ce sont deux êtres d'espèce botanique bien différente.

Il en est de même du parasite à petite spore et du parasite à grosse spore. Celui-ci (la culture le démontre), c'est le trichophyton proprement dit, celui que l'on rencontre dans les trichophyties d'autres sièges : celle de la barbe, de l'ongle, de la peau glabre.

Le parasite à petite spore, au contraire, ne cause rien de semblable, hors de la tondante, rien, si ce n'est quelques efflorescences cutanées minimes et rares autour du cuir chevelu.

La clinique nous avertit donc déjà d'une différence profonde entre les mœurs de l'un et de l'autre parasites. Mais cela ne suffit pas encore. C'est à la botanique de décider si ces deux parasites sont proches ou distants l'un de l'autre dans la série cryptogamique.

Cette dualité des tondantes soulève en outre une grave question de terminologie, trop importante pour que je n'y insiste pas quelque peu.

Plusieurs auteurs ne se rendent pas compte de la nécessité de donner un nom spécial à une affection spéciale. Et cependant il le faut, pour que le langage remplisse son but, pour qu'il serve à se faire comprendre.

Ainsi l'on objecte que la traduction littérale du grec trichophyton, c'est plante (parasite) du poil, et qu'à ce titre, ce nom convient aussi bien au *microsporum Audouini*, qu'au *trichophyton* à grosse spore.

Au point de vue terminologique, cela est vrai. Mais alors le favus, l'*achorion* qui peut aussi envahir le poil serait à ce titre un trichophyton. Et l'on donnerait à ce terme de trichophyton qui désigne un parasite spécial une extension *générique*, celle qu'avaient tous les termes de classifications willaniques... Nous n'en sommes pas là. Le nom de trichophyton est certainement mauvais, mais il est « consenti ».

On dit maintenant par exemple : trichophytie cutanée palmaire : tout le monde sait ce que cela veut dire et cette appellation renferme cependant une véritable contradiction dans les termes. Ce sont là des impropriétés consacrées.

Quand on la pose autrement, la question est en réalité déplacée ; il ne s'agit pas de faire de la philologie, il ne s'agit pas de critiquer la justesse des étymologies grecques dermatologiques, il s'agit tout simplement de s'entendre. Quand, donc, je refuse au *microsporum Audouini* le nom de *trichophyton* c'est que ces deux parasites ont des caractères botaniques essentiellement différents, comme l'achorion du favus et le trichophyton, et que les maladies différentes qu'ils déterminent doivent être *essentiellement* distinguées.

Et je prendrai une comparaison plus saisissante encore : les deux tondantes méritent aussi bien d'être séparées dans leur cause, dans leur essence, que le chancre mou et le chancre induré.

Et en effet, les ressemblances cliniques des lésions des deux tondantes sont grossières, les dissemblances botaniques de leur parasite sont considérables.

En voici des reproductions photographiques.

La conclusion générale de tout ceci, c'est que les deux tondantes sont rigoureusement et absolument distinctes. Ce sont deux mycoses externes qui ont comme seul point commun d'atteindre l'une et l'autre le cheveu.

II. — La pluralité des trichophytons

La pluralité des trichophytons, la seconde question que comporte une étude d'actualité sur la trichophytie, est aussi une chose en partie jugée.

Non pas que je fasse allusion aux faits que je viens d'établir, à savoir : la dualité des tondantes, car prouver que dans le cadre de la trichophytie on confondait une autre maladie causée par un parasite tout différent, cela ne multiplie pas le trichophyton ; cela prouve seulement que naguère encore on confondait ensemble deux entités morbides dont on méconnaissait l'une, de la même façon qu'autrefois on ne distinguait pas la teigne *trichophytique* de la teigne *faveuse*.

Quand on agite la question de la pluralité trichophytique, il ne s'agit plus de cela, on veut savoir : si le trichophyton, le vrai, celui qui crée les trichophyties de tous sièges, est toujours le même, ou si au contraire cette maladie de siège multiple peut être causée par des parasites de même famille botanique et cependant d'espèces différentes.

Eh bien ceci, je le disais à l'instant, et je le répète, est une chose jugée. Et l'on peut définitivement répondre : qu'il y a de multiples trichophytons capables de causer les diverses lésions trichophytiques de la barbe, des ongles, de la peau glabre, et des cheveux.

Je n'ai pas à répéter ici une chose que j'ai prouvée antérieurement : que M. Gruby non seulement avait admirablement décrit le *microsporum Audouini* en 1843, mais qu'en 1842 et 1844 il avait nettement distingué par leur morphologie dans le poil malade le trichophyton des cheveux des trichophytons de la barbe (1).

Mais sans revenir sur cette recherche bibliographique qui pour beaucoup de praticiens sera un peu considérée comme de la paléographie, et pour passer d'emblée aux recherches actuelles, c'est le labo-

(1) Sabouraud. Note sur trois points de l'histoire micrographique des trichophytons. *Annales de Dermatologie,* novembre 1893.

ratoire de M. Unna, de Hambourg qui apporta sur cette question de la pluralité trichophytique, comme sur plusieurs autres, le premier travail original.

C'est là lui rendre en passant un hommage mérité, car si l'on peut évidemment reprocher à ce centre d'études dermatologiques d'avoir effleuré beaucoup trop de sujets difficiles sans étudier chacun avec la patience allemande pourtant proverbiale, du moins il faut reconnaître la multiplicité et la diversité des travaux originaux que ce laboratoire a fournis.

C'est donc le travail de MM. Neebe et Furthmann (1) qui affirma le premier la pluralité trichophytique au nom de quatre cultures différentes issues de seize lésions.

Quelles étaient ces différentes espèces? C'est ce qu'il est difficile de déterminer, car nul autre travail sur le sujet n'a confirmé et expliqué le premier. Depuis, d'autres travaux, ceux-ci faits en France, dans le laboratoire de M. le Dr Ernest Besnier, sont venus appuyer ces premières vues, les démontrer, en donner la preuve expérimentale, enfin relier les caractères microscopiques des parasites aux caractères de leurs cultures.

Enfin, d'autres travaux sont venus confirmer encore la démonstration de la pluralité trichophytique, et appuyer sur ce point mes propres affirmations.

La preuve de la pluralité trichophytique est relativement facile à fournir.

Mettre en culture une centaine de lésions trichophytiques, d'où il est aisé de retirer, presque pur d'emblée, le microphyte causal, cela ne dépasse point les forces humaines. Il faut ensuite isoler ces parasites, les cultiver sur un milieu chimiquement semblable, et l'on prouvera leurs différences d'espèces par les différences objectives héréditaires de leurs cultures.

Prendre les quelques espèces différentes que ces essais montreront et les inoculer à soi-même, n'est pas non plus chose héroïque. Enfin, les reprendre dans la lésion et certifier leur espèce par une culture de retour, tout cela, Messieurs, sauf les méthodes d'inoculation un peu spéciales, est du domaine bactériologique maintenant vulgaire. Eh bien, cela suffit pour prouver la pluralité trichophytique, et cela est fait désormais.

Mais la pluralité trichophytique, une fois prouvée, soulève une infinité de questions nouvelles : questions de techniques, questions de mycologie, questions d'origines (humaine ou animale,... etc.).

Je vais seulement résumer en quelques brèves propositions les réponses apportées à toutes ces questions, bien que la publication de

(1) W. FURTHMANN et C. H. NEEBE. Vier Trichophytonarten, *Monatshefte für praktische Dermatologie*, XIII Band., 1891.

ces résultats (1) soit encore trop récente pour avoir pu permettre tous les contrôles nécessaires.

I. — Dans l'étude bactériologique et mycologique de la trichophytie, le premier problème que soulève la culture est offert par les *associations cryptogamiques* que l'on rencontre dans cette teigne.

Presque toutes les cultures des trichophytons sont mélangées d'espèces cryptogamiques diverses, *accessoires*, de *commensaux* du trichophyton. Mais leur rôle parasitaire est nul, et ils ne semblent jouer dans la lésion trichophytique que le rôle d'*agents d'infection secondaire cryptogamique.*

L'épuration des cultures de trichophyton est d'une réelle difficulté technique et s'impose d'abord.

II. — Cette épuration terminée, la question de l'unicité ou de la pluralité du trichophyton peut être étudiée. Et par la culture comparative d'un grand nombre de cas de trichophyties de tous sièges — *en se basant sur ce fait que les caractères objectifs de chaque culture demeurent constants, sur le même milieu de culture* on prouve le grand nombre d'espèces cryptogamiques dont l'inoculation montre le rôle parasitaire actif, et dont la lésion prend les formes trichophytiques cliniquement connues.

III. — L'examen microscopique des trichophytons dans le cheveu ou le poil, vient corroborer la démonstration de la pluralité trichophytique fournie par la culture :

Car on trouve dans certains cas le parasite (en chaîne sporulée) exclusivement contenu dans le cheveu (T. endothrix);

Tandis que d'autres cas montrent le parasite (en chaîne sporulée) hors du poil, dans sa gaine folliculaire (T. ectothrix).

De plus, la chaîne de spores est tantôt résistante (culture cratériforme), tantôt fragile (culture acuminée). Et tous ces caractères demeurent constants pour tous les cheveux ou poils d'une même tête.

IV. — Les trichophytons *endothrix* sont de beaucoup les plus fréquents chez l'homme (enfant). Or, l'étude expérimentale suivie des trichophyties spontanées *des animaux* prouve que les trichophytons *ectothrix* de l'homme sont ceux qui relèvent d'une contagion animale.

Les trichophytons *endothrix* semblent au contraire spéciaux à l'espèce humaine. Ils causent la très grande majorité des tondantes trichophytiques.

Les tondantes trichophytiques qui relèvent d'une origine animale sont signalées au médecin par l'aspect insolite de leur lésion (kérion,

(1) M. SABOURAUD. *Les trichophyties humaines.* Un volume avec atlas de 174 clichés photog. Paris, Rueff, édit., 1894.

impétigo), et surtout à l'examen microscopique par l'habitat des chaînes sporulées parasitaires qui siègent hors du cheveu lui-même, dans sa gaine folliculaire (T. ectothrix).

V. — Les trichophytons d'origine animale, dans la totalité des trichophyties de tous sièges, en forment environ la moitié.

Ils causent chez l'homme.

1° Un dixième environ des tondantes trichophytiques ;

2° Plus de la moitié des trichophyties circinées des régions glabres ;

3° La totalité des trichophyties pilaires de la barbe (1).

VI. — Les trichophytons animaux forment plusieurs groupes d'espèces distinctes.

Le plus important, le plus fréquemment rencontré chez l'homme, est le groupe des *trichophytons ectothrix à cultures blanches*, qui causent les *trichophyties à dermite profonde* (2).

La principale espèce de ce groupe est une espèce d'origine équine qui cause chez l'homme la périfolliculite agminée trichophytique de tous sièges.

Ce trichophyton est pyogène.

Des espèces diverses du même groupe (chat, chien, porc, etc.) causent des trichophyties *dermiques* analogues, qui peuvent passer par un stade de suppuration sans l'intervention d'aucune bactérie d'infection secondaire.

VII. — Les trichophyties de la barbe de l'homme sont toutes dues à des trichophytons d'origine animale, et (sauf exception encore ignorée) relèvent de trois espèces :

1° L'espèce équine à cultures blanches qui cause le *sycosis* ;

2° Une deuxième espèce équine à cultures jaunes ;

3° Une espèce aviaire à culture rose.

Chacune de ces espèces est reconnaissable à l'aspect objectif et macroscopique de la lésion (3).

VIII. — Les trichophyties circinées de la peau glabre chez l'enfant relèvent ordinairement des espèces qui causent la tondante ; quelquefois c'est une trichophytie suppurée à dermite profonde, qui a pour cause un trichophyton à culture blanche (chat, cheval).

Les trichophyties circinées de la femme ont les mêmes causes parasitaires que celles de l'enfant. Celles de l'homme sont rarement dues aux trichophytons de l'enfant, relèvent plus souvent d'une origine animale, et parmi ces trichophyties c'est la trichophytie

(1) R. Sabouraud. Les trichophyties de la barbe. *Annales de dermatologie*, juillet 1893.

(2) R. Sabouraud. Sur la folliculite agminée et son origine animale. *Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1893.

(3) R. Sabouraud. L'origine aviaire de certaines trichophyties de la barbe. *Société de dermatologie*, juillet 1894.

équine (folliculite agminée) dont il est atteint le plus fréquemment.

IX. — Incidemment on peut ajouter que la teigne équatoriale connue sous le nom de *teigne imbriquée* de Patrick Manson, d'après l'étude microscopique du parasite dans la lésion semble être une trichophytie d'origine animale. Cependant la preuve par les cultures n'a pu être fournie par les squames trop vieilles rapportées en France.

X. — Certaines espèces trichophytiques, principalement parmi celles des animaux, fournissent chez l'homme une lésion caractéristique. Ainsi le trichophyton ectothrix du cheval fournit les kérions (folliculite agminée). Mais une même espèce peut avoir des degrés de virulence variables, et conséquemment créer des lésions quelque peu variées.

XI. — Au point de vue botanique, les trichophytons rentrent dans la classe des *mucédinées*, quoique l'une de ces espèces forme nettement des ébauches de périthèque (deuxième espèce équine à culture jaune).

Leurs spores externes constituant des grappes isolées les plaçent parmi les Botrytis, à côté du parasite du ver à soie, le Botrytis Bassiana qui cause la muscardine.

Cependant, dans quelques espèces, la dissémination des spores le long des tiges mycéliennes semble placer les trichophytons entre les Botrytis proprement dits et les *sporotrichum*.

De plus, le groupe des trichophytons à cultures blanches, spécialement l'espèce équine, fournit à côté des grappes des formes conidiennes — ou chlamydospores — fuselées, très spéciales, distinctes suivant les espèces.

XII. — La multiplicité des trichophytons, la rareté de certaines espèces sur l'homme, la facilité avec laquelle ces espèces croissent sur des milieux artificiels, enfin ce fait que dans la vie parasitaire ces êtres sont réduits à la seule spore mycélienne qui semble peu propre à assurer la perpétuité de l'espèce, tous ces fait semblent imposer l'idée que ces êtres ont en dehors de leur vie parasitaire une existence saprophyte. Et cette hypothèse semble se vérifier par l'expérience, car il est facile d'obtenir des cultures trichophytiques sur le terreau de serre, le bois, les feuilles, et jusque dans un liquide exclusivement minéral (1).

XIII. — Les inoculations de trichophytie :

α Sur l'homme, réussissent quand l'inoculation est faite dans le sérum de la vésicule d'une brûlure légère qui fournit à la semence un milieu alcalin de développement. Elles avortent quand on use d'un autre moyen d'inoculation et que la réaction sudorale du sujet est acide;

β Sur l'animal. Les inoculations de trichophyton *endothrix*. —

(1) R. Sabouraud. Sur l'hypothèse d'une existence saprophyte des trichophytons *Annales de dermatologie*, mai 1893.

d'origine humaine — causent une tondante bénigne qui guérit spontanément en quatre ou cinq semaines. Les inoculations de trichophyton *ectothrix* — d'origine animale — réussissent plus facilement et causent une tondante serpigineuse sans tendance spontanée à la guérison.

Dans toutes les trichophyties d'inoculation, la culture de retour est facile à obtenir en partant de l'ensemencement parcellaire des squames, elle fournit l'espèce trichophytique inoculée avec ses mêmes caractères spécifiques.

Tels sont les faits qui permettent d'énoncer comme *conclusion générale*, la proposition suivante : que non seulement l'ancienne trichophytie humaine n'est pas univoque et doit être dédoublée en deux entités morbides, totalement distinctes, causées l'une par le *microsporum Audouini*, l'autre par le trichophyton (*megalosporum*), mais que la trichophytie vraie (de tous sièges) est un syndrome que peuvent causer plusieurs espèces parasitaires, de caractères morphologiques spécifiquement et héréditairement distincts.

Je ne voudrais pas terminer cet exposé de la question trichophytique par mes conclusions personnelles. D'abord parce qu'il faut tenir compte des contradictions et des doutes opposés aux affirmations précédentes. Et en outre parce que, si consciencieuses que soient des recherches scientifiques, l'observateur doit toujours admettre qu'il a pu involontairement se tromper.

Aussi voudrais-je montrer en terminant les seuls points de la question sur lesquels nous pouvons avoir toute certitude — ceux qui sont définitivement établis, sinon acceptés par tous, en un mot les points principaux qu'il importe de retenir.

Le premier point, c'est la dissociation, le *démembrement* de l'ancienne trichophytie univoque.

Nous avons, comme preuve de la pleuralité trichophytique, les conclusions de MM. Neebe et Furthmann, et aussi je ne dirai pas les miennes, mais les vôtres dans les clichés et les cultures que vous avez ici sous vos yeux.

Enfin M. le professeur Rosenbach, dont le nom reste attaché à notre première classification des microbes pyogènes, et dont la compétence bactériologique est connue de tous, vient d'aboutir, dans son récent mémoire sur ce sujet, à la même conclusion.

Bien plus, les différents observateurs ne s'accordent pas seulement sur ce fait général de la pluralité des trichophytons, mais il est certain que plusieurs des espèces trichophytiques qu'ils ont décrites ont été retrouvées par chacun d'eux.

Les organes fuselés de reproduction décrits pour la première fois par MM. Neebe et Furthmann, et qui sont caractéristiques des trichophytons animaux à cultures blanches, en voici le cliché provenant

de mes préparations, et voici ceux de M. le professeur Rosenbach. Ils sont identiques.

Bien plus encore, en se reportant aux clichés pourtant insuffisants du travail de M. le professeur Rosenbach, il est facile de se convaincre :

1° Que son *trichophyton farinaceum album polysporum*, c'est mon trichophyton pyogène à cultures blanches du cheval;

2° Il est aussi certain que son *trichophyton endosporum candidum*, c'est le *microsporum Audouini*, et nous en avons pour preuve non seulement l'aspect de ces cultures, mais la forme si spéciale de son mycélium en culture, de ce mycélium renflé que j'ai décrit dans les Annales de l'Institut Pasteur et figuré dans les clichés de mon atlas;

3° Enfin son *trichophyton fuscum tardum*. C'est mon trichophyton à mycélium fragile.

Vous voyez par conséquent que les observations faites à distance l'une de l'autre se rejoignent même par leurs détails et en dépit de reproductions photographiques encore trop rares ou insuffisantes.

La quantité considérable de faits que je viens de passer en revue peut paraître encore bien informe à la masse des dermatologistes. Elle s'éclaire sensiblement cependant pour les observateurs de tous pays.

Ces observateurs ont pu donner des noms différents à de mêmes êtres, les désigner par leurs formes de reproduction comme MM. Neebe et Furthmann, par leur culture comme M. Rosenbach, par leur caractéristique microscopique dans la lésion comme je l'ai fait.

Ces confusions étaient fatales, mais elles seront transitoires ; laissons passer quelques années sur ces travaux, et la pratique saura bien donner un nom aux espèces pratiques qu'il devient nécessaire de distinguer.

Que les affirmations qui précèdent aient rencontré des opposants, on pouvait le prévoir à l'avance. M. le professeur Kaposi est resté jusqu'à cette année partisan de l'unicité trichophytique.

Mais dans des sujets où les preuves expérimentales sont seules recevables, on ne peut discuter une simple opinion.

Quant au travail de M. Amedeo Marianelli, il ne tient pas compte des nécessités spéciales au sujet que nous avons établies en commençant, la nécessité de cultiver les cryptogames sur de larges surfaces planes, et l'importance pour une différenciation mycologique d'une identité parfaite dans les conditions physiques et chimiques des cultures en expérience.

M. Marianelli part de ce principe, à mon avis exactement contraire à la réalité des faits, qu'un même champignon peut affecter diverses formes tout à fait dissemblables, même s'il est placé dans des conditions de vie identiques.

Ce principe, contraire à la totalité des faits connus d histoire naturelle, avait été émis trop légèrement par les mycologistes d'autrefois, alors que sans les méthodes bactériologiques actuelles ils ne pouvaient se placer dans des conditions suffisamment précises d'expérimentation.

Les erreurs de Personne, de Grawitz, etc., sur les champignons parasites de l'homme sont là pour en témoigner.

Au contraire l'expérience de tous les jours parle directement contre cette assertion, et sur un *même* milieu, dans les mêmes conditions physiques, un même champignon prend invariablement une même forme.

Ainsi l'observation précise fait rentrer sur ce point les champignons dans la règle commune à tous les êtres vivants. Et vous-mêmes pouvez juger par ces cultures de l'identité parfaite de celles qui sont issues des mêmes germes, quand elles sont semées dans le même terrain.

Pour nous résumer et pour conclure, Messieurs, nous pourrons dire, en dépit des contestations isolées et des opinions insuffisamment informées :

1° *Que la pluralité trichophytique est établie désormais ;*

2° Que les espèces trichophytiques d'origine animale se rencontrent dans des pays différents avec leurs mêmes caractères ;

3° Il reste à déterminer pour chaque espèce son évolution spéciale et sa symptomatologie. Et cette œuvre en partie faite sera continuée.

Dans les conclusions de cette longue étude, je retiendrai, en outre de ce qui précède, un dernier point pour le mettre tout spécialement en lumière. Ce point, le voici :

M. Rosenbach décrit comme un trichophyton le parasite à petites spores que j'avais moi-même désigné au commencement de mes recherches sous le nom de *trichophyton microsporum* et qui n'est, je l'ai prouvé, que le *microsporum Audouini,* décrit par Gruby, en 1843.

Or, en étudiant sa forme dans le cheveu, et l'évolution tondante qu'il détermine, en considérant la direction de la croissance de ce cheveu, direction inverse de celle de tous les trichophytons connus, — en considérant ses cultures toutes spéciales et aussi la forme de son mycélium en culture et celle également unique de ses formes de reproduction, il est impossible de ne pas conclure avec Gruby qu'il s'agit là d'un parasite tout à fait spécial, et que la maladie qu'il cause, la tondante à petites spores, n'est pas une trichophytie.

Il s'agit là d'un fait capital, qui doit dominer toute ma communication d'aujourd'hui.

Car la dermatologie s'enrichit d'un nouveau type morbide, parfaitement net et circonscrit, désormais classé, d'un type morbide diffé-

rent de la trichophytie des cheveux, comme la trichophytie diffère elle-même du favus.

Et l'ancien groupe des teignes de Bazin doit comprendre désormais, à côté de la triade : favus, pelade, trichophytie, un autre type aussi autonome que ceux-là, et placé sur le même rang. C'est une tondante spéciale, non trichophytique, c'est la tondante à petites spores, dont le parasite est le *microsporum Audouini* de Gruby.

M. W. Dubreuilh. — Il est certains faits cliniques sur lesquels n'a pas insisté M. Sabouraud et qui me paraissent constituer une preuve *a posteriori* de la doctrine qu'il vient de nous exposer; ces faits, restés longtemps pour moi inexplicables, deviennent faciles à comprendre si l'on admet la pluralité des parasites trichophytiques.

En France et en Angleterre, la teigne tondante des enfants, est une affection très commune et très tenace, les traitements les plus rationnels ou les plus rigoureux appliqués avec la plus grande persévérance n'en viennent à bout qu'après des mois de soins, et quelquefois restent complètement impuissants. En Allemagne, au contraire, la maladie est moins commune et beaucoup plus facile à guérir. Nous voyons tous les jours préconiser en Allemagne des traitements héroïques de la trichophytie du cuir chevelu ; leurs auteurs rapportent nombre de guérisons régulièrement obtenues en deux ou trois semaines, mais ces mêmes traitements appliqués en France ou en Angleterre restent complètement impuissants, si bien que l'on est tenté de les taxer d'exagération. Il est probable que ces différences tiennent à ce qu'en Allemagne et en France on n'a plus affaire aux mêmes parasites.

Dans l'Indo-Chine la trichophytie des parties glabres est extrêmement commune ; beaucoup d'Européens et presque tous les indigènes en sont atteints. On la guérit très facilement, et jamais elle n'atteint le cuir chevelu ; en revanche, elle forme sur les parties couvertes du corps de grands cercles serpigineux. Ce n'est évidemment pas la même maladie que notre teigne tondante, ce doit être un autre parasite.

Bien avant les recherches de M. Sabouraud, j'avais remarqué que lorsque la trichophytie atteint le cuir chevelu chez l'adulte, elle affecte presque toujours des formes anormales : trichophytie disséminée ou *kerion Celsi*, notamment. J'avais enfin été frappé de ce fait que la trichophytie disséminée du cuir chevelu et la trichophytie des ongles sont des maladies de famille. Tous ces faits assez étranges au premier abord s'expliquent très facilement par les découvertes intéressantes de M. Sabouraud.

A l'occasion de la communication de M. Sabouraud, je voudrais signaler une épidémie que j'ai observée dans un établissement d'enseignement supérieur, à Bordeaux. Une quinzaine de jeunes gens ont été atteints dans le courant de l'année d'une forme particulière de trichophytie des régions génito-crurales. La maladie forme de grandes plaques, à contour net, serpigineux, sans bordure manifeste, de couleur grisâtre, à surface squameuse, sans réaction inflammatoire ; elles offraient une grande analogie avec des plaques d'érythrasma. Ce diagnostic de premier aspect a cependant été infirmé par l'examen microscopique qui m'a montré un abondant

mycélium et des chapelets de spores appartenant à un trichophyton à grosses spores. Les ensemencements faits par M. Sabrazès ont fourni une culture jaune-citron sur laquelle je désirerais avoir l'opinion de M. Sabouraud.

Traitement de la trichophytie du cuir chevelu par la chrysarobine,

Par M. du Castel.

Parmi les maladies du cuir chevelu, la trichophytie occupe une place des plus importantes et par sa fréquence et par sa résistance habituelle à nos efforts thérapeutiques.

Aussi, quand on voit un homme d'une autorité scientifique égale à celle de M. Unna déclarer qu'un traitement par la chrysarobine est susceptible de guérir en trois ou quatre semaines la trichophytie, il est impossible de ne pas se sentir impressionné, de ne pas être tenté de recourir à ce médicament patronné par un des maîtres les plus éminents en dermatologie ; c'est ce qui nous a conduit à essayer de la chrysarobine.

Le traitement recommandé par Unna était le suivant :

Les cheveux sont coupés courts avec des ciseaux ; un badigeonnage avec la colle de zinc est pratiqué tout au pourtour du crâne, en suivant le sommet du front, les régions temporales, la nuque; on applique sur tout le cuir chevelu une couche de la pommade suivante :

Chrysarobine	5	grammes.
Acide salicylique	3	—
Ichtyol	5	—
Onguent simple	100	—

Après quoi, la tête est recouverte d'un bonnet imperméable fixé avec la colle et une bande de tarlatane, puis par-dessus un bonnet de flanelle ou de toile cirée est solidement attaché; on pratique une ouverture au bonnet imperméable, et par l'ouverture ainsi pratiquée tous les matins on essuie la tête, on applique une nouvelle couche de pommade, après quoi, on fait de nouveau l'occlusion complète.

Au quatrième jour on enlève de nouveau la pommade à la chrysarobine, et, pendant les jours suivants, on applique une fois par jour une pommade ainsi composée :

Ichtyol	5	grammes.
Vaseline	100	—

Chaque semaine, on recommence à nouveau la série des pansements, jusqu'à guérison complète.

Un pareil pansement amènerait, d'après le professeur de Hambourg,

la guérison complète de la trichophytie tonsurante, dans un espace de deux à trois semaines.

Le traitement d'Unna est loin d'avoir donné en France des résultats aussi heureux ; la durée de la trichophytie s'est, comme avec tout autre traitement, indéfiniment prolongée entre les mains des rares médecins qui l'ont employé.

Une des raisons qui ont fait rarement employer, facilement abandonner le pansement d'Unna, est sa difficulté d'application, sa complication. Si l'on était sûr d'obtenir en l'espace de trois ou quatre semaines, voire même en un espace de temps un peu plus long, la guérison d'une trichophytie, chacun de nous se résignerait facilement à appliquer le traitement du professeur hambourgeois, quelque compliqué qu'il puisse paraître ; mais, dès lors qu'il ne présente pas une supériorité marquée et incontestable, il n'est pas un médecin, une famille qui ne préfère recourir à des pansements plus simples et désignant moins le malheureux trichophytique à l'attention du public.

Désireux de voir ce que la chrysarobine valait au juste contre la trichophytie, voici dans quelles conditions je l'ai employée. Partant de doses faibles pour étudier la tolérance exacte des malades, j'ai employé successivement des pommades de plus en plus concentrées ; et je suis arrivé progressivement aux doses suivantes :

Chrysarobine		10	grammes.
Acide salicylique	ââ	5	—
Ichtyol			
Onguent styrax	ââ	50	—
Onguent simple			

Ou :

Chrysarobine		20	grammes.
Acide salicylique	ââ	5	—
Ichtyol			
Onguent styrax		100	—

Ou :

Chrysarobine	25	grammes.
Onguent styrax	100	—

La couche de pommade est recouverte d'une couche de collodion riciné, ou d'un emplâtre antiseptique, pour ajouter à l'action de la pommade celle de l'occlusion.

Nous avons essayé d'activer l'action en appliquant sur la région, fortement enduite de la dernière formule, un courant continu allant jusqu'à douze milliampères, pendant une durée de dix minutes. Un peu de rougeur seulement a succédé à cette intervention. Dans un cas, il y a eu une véritable plaie produite, d'ailleurs suivie de guérison, et heureusement sans destruction des cheveux.

Les applications du médicament ont été faites et surveillées régu-

lièrement ; les observations ont été recueillies depuis près de trois ans par mon élève le docteur Audrain.

Les doses faibles à 2 p. 100 ont paru sans action sur le cuir chevelu ; avec une pommade à 5 p. 100, il se produit un léger érythème, puis la peau brunit ; après cinq à six jours d'application, on peut détacher une pellicule épidermique sèche et brune, au-dessous de laquelle la peau apparaît légèrement rouge, ni douloureuse, ni œdématiée.

Les cheveux atteints par la trichophytie sont devenus noirs et s'écrasent facilement entre les mors de la pince ; les cheveux sains ne sont pas altérés profondément, ils ont simplement pris une légère coloration brunâtre ; si un cheveu commence seulement à s'altérer, le point de ce cheveu atteint est seul modifié par la chrysarobine, et se présente sous l'aspect d'une tache noirâtre superficielle tranchant sur le reste du poil.

Nos malades n'ont point présenté aux doses de 2 p. 100, de 5 p. 100, l'intolérance signalée par Unna dans plusieurs cas ; c'est ce qui nous a encouragé à élever successivement les doses à 10, 15, 20 et même 25 p. 100.

D'après Unna, le pansement avec la chrysarobine permettrait d'obtenir couramment la guérison de la trichophytie dans l'espace d'un mois ; nos résultats sont loin de concorder avec les siens ; sur 250 malades traités par la chrysarobine nous trouvons :

Guérison en 1 mois	14	p 100.
— 2 —	11	—
— 3 —	7	—
— 4-5 —	43	—
— 5-7 —	15	—
— au delà de 7 mois	10	—

Quelques essais faits avec des pommades à la chrysarobine pure, à l'ichthyol pur, à l'acide salicylique pur, ont montré que dans nos pommades l'action tout au moins prépondérante appartient incontestablement à la chrysarobine.

On voit combien nos chiffres diffèrent de ceux du professeur Unna.

Quelle peut être l'origine de cette différence si grande des résultats obtenus avec une même substance ?

On a vu que nous avons employé avec des résultats beaucoup inférieurs à ceux d'Unna, des pommades beaucoup plus concentrées.

Le mode d'application différent a-t-il été cause de la divergence des résultats ? Je ne le crois pas.

Nous avons observé, dans un cas de trichophytie à marche lente, sans pénétration profonde, après avoir pendant plusieurs mois échoué avec les remèdes ordinaires, que la guérison a été obtenue en deux ou trois semaines avec la chrysarobine ; dans un cas où la sensibilité du

malade interdisait l'épilation et presque tous les médicaments, même la teinture d'iode, la chrysarobine en applications quotidiennes (recouverte d'emplâtre quelconque) a guéri sans aucun autre soin en moins d'un mois.

Ces cas prouvent bien l'efficacité de la chrysarobine. Mais c'est le plus petit nombre. Dans quelques cas, la trichophytie a résisté pendant plus de deux années au pansement.

Je crois que les pommades à la chrysarobine constituent un bon agent thérapeutique dont il est permis de régler facilement l'activité; elles modifient considérablement l'épiderme, et tuent le parasite des couches superficielles, elles maintiennent la surface tout au moins du cuir chevelu en état d'antisepsie : le revêtement au collodion rend les enfants peu dangereux pour leur entourage, et prive, comme le recommandait Vidal, le trichophyton aérobie du contact de l'air nécessaire à son existence ; malheureusement, le médicament ne peut poursuivre le parasite jusque dans la racine des cheveux, d'où la résistance d'un certain nombre de trichophyties à ce traitement comme aux autres, surtout chez les sujets dont l'implantation des cheveux est profonde.

Avec ces doses élevées, nous avons une fois seulement observé des effets de vésication ; ordinairement il ne se produit qu'un érythème avec œdème, et après une huitaine de jours il se détache une lame d'épiderme brûlé, brune, après le détachement de laquelle la peau mise à nu apparaît rosée et parfois œdémateuse.

Après nettoyage de la plaque et épilation nouvelle, le pansement peut être réappliqué.

Si la pommade fuse sur la peau du cou ou de la face, celle-ci s'irrite violemment.

Il faut observer que nous n'avons jamais, avec les doses concentrées, répété le pansement aussi fréquemment qu'il l'est d'après la méthode d'Unna : nous ne l'avons renouvelé que deux fois par semaine au plus.

Si nous avons abandonné le pansement d'Unna, c'est qu'il ne donne pas dans nos pays les résultats qu'en obtient à Hambourg l'éminent professeur, et c'est pour pouvoir prolonger le traitement que nous avons modifié le mode d'application. Serait-ce une différence dans la nature ou la virulence du parasite? Peut-être en partie, mais je crois que la cause première repose surtout dans la différence du terrain : une tête allemande est à tout âge dure et résistante à la trichophytie, ce qu'un cuir chevelu ne devient qu'avec l'âge adulte dans nos pays. Il est probable que la différence dans la résistance à la trichophytie est due à la résistance inégale de l'épiderme, à la profondeur plus ou moins grande d'implantation des cheveux, qui font que le parasite fructifie plus ou moins abondamment, échappe plus ou moins facilement à nos agents thérapeutiques.

Je ne saurais actuellement apprécier s'il existe de bien grandes différences d'activité dans l'action de la chrysarobine contre la trichophytie à petites spores et contre la trichophytie à grosses spores.

M. Brocq. — Le traitement par la chrysarobine n'est pas nouveau. Il y a longtemps déjà que, suppléant M. Besnier dans son service de Saint-Louis, j'ai vu employer et j'ai employé moi-même le collodion avec 5 à 10 p. 100 de chrysarobine. Le succès a été nul.

M. Augagneur. — J'ai été chargé pendant six ans du service des teigneux à l'Antiquaille; étant de plus chargé de l'inspection médicale des écoles, j'ai pu suivre d'assez près le mouvement des teignes à Lyon. La teigne tondante est rare à Lyon et dans toute la région. Le service de l'Antiquaille n'en compte guère qu'une douzaine de cas habituellement, contre 40 ou 50 malades atteints de favus ; les uns et les autres viennent généralement des départements voisins. Si la trichophytie du cuir chevelu des enfants est rare, en revanche elle est très tenace ; j'ai essayé l'acide chrysophanique sous différentes formes, sans résultat ; le traitement de Unna ne m'a donné que de la suppuration. En résumé, ce qui guérit le mieux la teigne tondante, c'est la puberté. La trichophytie de la barbe et des parties glabres est plus fréquente, mais chez l'adulte. L'influence de l'âge sur les localisations est quelquefois très nette, comme dans le cas d'une famille de paysans infectés probablement par un cochon trichophytique : toute la famille était atteinte d'herpès circiné, chez l'enfant seul le cuir chevelu était malade.

M. Dron. — La rareté de la trichophytie comparée au favus me surprend d'autant plus qu'il n'en était pas de même, il y a trente ans, quand j'étais chargé du service des teigneux à l'Antiquaille.

A cette époque la trichophytie était commune. Elle paraît être devenue rare maintenant ; je dois du reste remarquer qu'on n'en voit guère non plus dans la consultation de cabinet.

M. Feulard. — Les faits de ce genre sont très importants, et il serait très utile que nos collègues des diverses parties de la France pussent réunir des renseignements précis sur la fréquence du favus et de la trichophytie dans les régions où ils observent.

M. W. Dubreuilh. — Dans la région de Bordeaux le favus est loin d'être exceptionnel, mais la trichophytie sous ses diverses formes est incomparablement plus fréquente, surtout en ville.

M. Brousse. — Nous voyons à Montpellier plus de favus que de trichophyties ; les cas de favus sont presque tous d'origine rurale.

M. Gémy. — En Algérie la population européenne fournit beaucoup de cas de trichophytie, mais fort peu de favus ; les indigènes, les juifs, au contraire, sont presque tous atteints de favus, mais n'ont que rarement la trichophytie.

M. Stoukowenkoff. — En Russie aussi les juifs sont beaucoup plus atteints par le favus que les autres parties de la population.

De l'hydroa vacciniforme,

Par M. L. Brocq.

Nous avons observé cette année, à notre policlinique de La Rochefoucauld, un cas typique d'hydroa vacciniforme de Bazin. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, qui depuis son enfance ne peut s'exposer aux rayons du soleil, surtout au printemps et en été, sans voir immédiatement sa figure et ses oreilles se couvrir d'une éruption des plus intenses composée de sortes de vésicules et de vésico-pustules ombiliquées d'aspect tout à fait spécial.

Décrite par Bazin en 1862 et 1868 sous le nom d'hydroa vacciniforme, par Hutchinson en 1888 sous le nom de *Summer eruption*, elle a été méconnue en France jusqu'à ce jour. Les travaux récents de Jamieson, Handford, Berliner, Buri, Broes van Dort, H. G. Brooke, Radcliffe Crocker, C. Bœck, J. T. Bowen prouvent qu'elle doit être replacée dans le cadre nosologique. C'est une éruption tout à fait spéciale, qui survient surtout chez les enfants et récidive sans cesse en présentant un maximum de fréquence pendant l'été ; elle a une tendance marquée à perdre de son intensité et à disparaître à mesure que l'on arrive à l'âge adulte. Les poussées, qui ont des durées variables de une à plusieurs semaines, se produisent après l'exposition aux rayons du soleil, beaucoup plus rarement aux autres agents atmosphériques. Les lieux d'élection sont les régions découvertes, en particulier le visage (pommettes, nez, joues, front), les oreilles, la nuque, la face dorsale des mains, parfois les avant-bras, les pieds, les jambes ; il est beaucoup plus rare de voir les autres parties du corps être envahies. L'hydroa vacciniforme est donc en réalité une éruption artificielle de cause externe.

Au point de vue objectif il est essentiellement constitué par des sortes de soulèvements de l'épiderme d'aspect vésiculeux, opalins, comme perlés, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille, et qui reposent sur une base rouge. Ces éléments peuvent évoluer en cet état, se rompre, ou jaunir, se dessécher, se recouvrir d'une croûtelle, puis disparaître ; ils peuvent aussi s'étendre par les bords, et dans ce cas ils prennent un aspect vraiment pathognomonique ; le centre, plus coloré et dont la teinte varie du brun clair au bleu sombre presque noirâtre, est affaissé ; de telle sorte que l'élément est ombiliqué tout autour : de ce centre se voit un soulèvement épidermique opalin cloisonné, contenant de la sérosité transparente ; le tout est entouré d'une auréole érythémateuse. Ces éléments sont plus ou moins étendus, isolés ou confluents, et revêtent dès lors les formes les plus diverses suivant les cas. Ces vésico-bulles ombiliquées si spéciales prennent peu à peu l'aspect de pus-

tules ombiliquées, puis elles se revêtent d'une croûtelle qui débute par le centre et dont la coloration varie suivant la coloration primitive de l'élément. Enfin la croûtelle tombe au bout de 6 ou 15 jours d'évolution de la lésion, en laissant après elle une cicatrice déprimée varioliforme, indélébile.

Il en résulte que les régions où se produit l'éruption sont plus ou ou moins criblées de ces cicatrices.

Au point de vue anatomo-pathologique la lésion capitale de l'hydroa vacciniforme est la nécrose des couches profondes de l'épiderme, des couches superficielles et moyennes du chorion : cette nécrose ne se produit pas d'emblée dès la première apparition des éléments morbides, elle se développe peu à peu à mesure qu'ils évoluent.

Le traitement doit être surtout un traitement prophylactique. Les personnes qui sont sujettes à cette affection devront éviter avec le plus grand soin de s'exposer trop longtemps aux rayons ardents du soleil ; quand elles seront obligées de le faire, elles protègeront soigneusement les parties du corps qui sont habituellement découvertes.

Sur un type clinique de lichen plan (Lichen plan débutant sur les muqueuses),

Par M. Audry (de Toulouse).

On sait que les lésions de la muqueuse buccale sont relativement fréquentes au cours du lichen plan. Elles avaient été signalées et décrites par Erasmus Wilson lui-même. M. Thibierge les a étudiées en France en 1885 (*Annales de Dermatologie*). On les trouve mentionnées dans tous les livres classiques récents; enfin, nous-même avons rencontré le lichen plan des muqueuses sous sa forme ordinaire, c'est-à-dire en tant que localisation accidentelle du cours de la maladie.

Dans des cas beaucoup plus rares, il n'en va pas de même : les lésions de la muqueuse buccale et linguale prennent, par leur précocité d'apparition et leur degré de développement, une importance tout à fait particulière et qui semble même caractéristique. J'ai pu recueillir une belle observation de ce genre; il faut lui accorder d'autant plus d'intérêt qu'on peut retrouver dans la littérature quelques autres faits exactement comparables.

Mathieu M..., choriste et chantre, âgé de 36 ans, est marié; il a eu quatre enfants, dont trois sont morts de pneumonie ou de cyanose congénitale; sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Lui-même a eu, il y a onze ans, une attaque de rhumatisme articulaire accompagnée d'une éruption cutanée (?). Il y a dix-huit mois, il présenta des taches ecchymo-

tiques saillantes, qui étaient peut-être des éléments d'érythème polymorphe, et qui disparurent bientôt

A l'âge de 18 ans, il avait présenté quelques végétations du gland qui furent cautérisées; actuellement encore, il offre une hypertrophie régulière remarquable des papilles de la couronne du gland.

Il se présenta à ma policlinique de l'Hôtel-Dieu le 30 avril 1894; il faisait alors remonter à deux mois l'apparition des premiers accidents qui l'amenaient à la consultation. Ces accidents s'étaient manifestés par l'apparition, ou mieux par la constatation d'efflorescences blanches sur la face interne des joues et des lèvres et la face supérieure de la langue. Le malade est sobre et ne fume pas; les muqueuses malades ne présentaient pas d'altérations de la sensibilité. Trois semaines plus tard, le patient vit survenir sur la paume des mains des papules sèches disséminées, exactement semblables à celle d'une syphilide palmaire précoce. Enfin, au commencement d'avril, apparition de fines papules miliaires sur le gland. Le malade alla consulter un médecin, d'ailleurs fort compétent, de la ville, qui diagnostiqua une syphilis et donna un traitement en conséquence. Enfin, quelques fines papules venaient de se montrer sur les poignets, quand le patient, qui n'avait aucun reproche conjugal à s'adresser, n'avait jamais vu de chancre, et n'était pas amélioré par le mercure, vint à la consultation de la clinique : nous n'hésitâmes pas, sur l'aspect remarquable et bien connu des lésions de la bouche, à diagnostiquer un lichen plan des muqueuses et des extrémités. A ce moment (30 avril), on constatait ce qui suit :

1. Muqueuse buccale. Les lésions qui s'étaient initialement manifestées sur la face interne des joues y offraient encore leur maximum de développement. Toute la zone moyenne de la face interne des deux joues, depuis les commissures jusqu'à la branche montante, était occupée par des surfaces blanchâtres, irrégulières de forme, de dimension, de saillies. Ces plaques, souvent mal délimitées, sont comme granitées, quadrillées, légèrement érythémateuses à la base, recouvertes d'un semis de grains blancs très fins, adhérents, légèrement surélevés. Les plaques sont mieux délimitées en avant, sur la face interne de la lèvre inférieure. Pas de desquamation, pas d'épaississement, pas de leucoplasie en bloc de l'épithélium : l'aspect général est tout à fait spécial.

Sur la face dorsale de la langue, de chaque côté de la ligne médiane, on voit deux ou trois taches blanches rondes ou allongées, de la dimension d'une forte tête d'épingle; ces taches ne sont pas entourées d'érythème; elles ne sont ni desquamées, ni ulcérées; mais les papilles y sont comme affaissées et flétries.

Sur la paume des deux mains, on note des élevures papuleuses isolées, d'apparence cornée, pâles, non squameuses, disséminées irrégulièrement, et, comme nous l'avons dit, exactement semblables à des syphilides palmaires précoces.

Sur la face antérieure des deux poignets, on constate l'existence d'un semis de papilles fines, brillantes, disséminées, d'une teinte brune, ou brun-rouge, ou fauve; quelques-unes sont réunies en groupes; en regardant de près, et à jour frisant, on voit qu'un certain nombre de petites

papules brillantes et aiguës commencent à semer l'épiderme d'élevures luisantes.

Mêmes éléments éruptifs, moins développés au-dessous des deux malléoles internes, et en très petit nombre au pourtour des malléoles externes.

Enfin, le gland présente des altérations typiques ; il est tout entier semé de fines élevures sèches ; un certain nombre de ces papules s'esquissent en plaques bleuâtres, lisses, unies, non squameuses, à bord net, presque élégant. La verge et le prépuce sont intacts, ainsi que tout le reste du tégument. C'est à peine si le malade se plaint de quelques démangeaisons légères des avant-bras.

Les urines sont normales, les viscères sains, l'état général irréprochable.

Nous portâmes le diagnostic de lichen plan, à début anormal, sur les muqueuses, et nous donnâmes de l'arsenic (liqueur de Fowler, jusqu'à 40 gouttes) ; enfin, nous pûmes le revoir régulièrement tous les quinze jours.

Les lésions du gland rétrocédèrent partiellement ; surtout les plaques de la face interne des joues s'améliorèrent considérablement, grâce à quelques badigeonnages de teinture d'iode.

Si nous prenons son état au 15 juin, nous voyons ce qui suit :

Amélioration notable et constante des lésions blanches de la face interne des joues : les efflorescences de la langue sont stationnaires, peut-être un peu plus nombreuses ; pour la première fois, nous voyons disséminées sur le rebord exposé de la muqueuse labiale inférieure quatre ou cinq macules blanches poussiéreuses, sèches. Enfin sur la muqueuse du palais osseux, quatre ou cinq éléments grains, blancs semblables aux autres. Le malade, qui est chantre, se plaint d'un peu d'enrouement : mais l'examen laryngoscopique montre seulement un peu de rougeur des cordes, rougeur de fatigue professionnelle.

Les lésions des paumes des mains s'affaissent, en desquamant très légèrement. Les papules des poignets sont un peu plus développées, plus colorées. Quelques papules ont réapparu sur le gland où les plaques initiales résultant de la fusion des éléments ne se retrouvent plus. Les papules périmalléolaires sont également un peu plus marquées.

Le prurit est toujours à peu près nul. Le malade continue à absorber de l'arsenic.

En 1883, Unna et Touton connaissaient vingt et une observations de lésions de la muqueuse buccale au cours du lichen plan ; il serait facile d'augmenter le nombre considérablement (trois faits de Thibierge, trois de Mayor et Pautry, ceux de Besnier, de Feulard, notre première malade (1), etc.), mais ce travail n'a pas d'intérêt, car nous n'ajouterions rien aux descriptions antérieures.

Il est beaucoup plus rare de rencontrer les efflorescences buccales du lichen plan comme accident initial de la maladie. Déjà Thibierge

(1) Sans parler des nombreux faits qui n'ont pas paru dignes d'être publiés.

citait deux observations de Radcliffe Crocker qui en sont des exemples : dans le premier cas de Crocker il s'agit d'un étudiant de 20 ans chez lequel les papules typiques apparurent sur la peau un mois après les efflorescences des muqueuses; dans le second fait, on avait affaire à une femme de 68 ans qui présentait en même temps du prurit des cuisses.

Il en fut ainsi chez un malade de Besnier, grand fumeur d'ailleurs, dont Thibierge a publié l'histoire. Enfin, Feulard a présenté une femme de 38 ans, dont la langue était atteinte depuis six mois, les joues depuis trois mois, et qui ne présentait que quelques fines papules toutes récentes au devant des poignets. Dans ce dernier cas, on notait les sensations anormales de la muqueuse buccale signalées par les autres observations (sensation de froid, de poivre, etc.), mais pas de prurit cutané.

D'après Kaposi, Touton aurait fait connaître une observation comparable aux précédentes ; mais c'est une erreur.

Cependant, M. C. Touton a eu l'obligeance de me communiquer le résumé de l'observation inédite et importante que voici : Un malade se présente à lui en août 1890, avec des lésions avancées de la langue et quelques rares papules sur les avant-bras ; les altérations linguales ayant précédé les papules cutanées de six mois. Le malade guérit par l'arsenic. En octobre 1893, il eut une récidive qui débuta encore sur la langue, s'étendit rapidement, et nécessita, pour sa guérison, de beaucoup plus grandes quantités d'arsenic.

Si l'on tient compte de ce fait, on voit que, en comptant mon observation personnelle, nous possédons au moins six faits où le lichen plan a créé des lésions typiques sur la muqueuse bucco-linguale, avant toute détermination sur la peau même.

Je pense en outre que les localisations sur le rebord muqueux exposé des lèvres sont très exceptionnelles.

En ce qui touche les formes affectées par l'efflorescence du lichen plan sur les muqueuses, je ne puis que partager entièrement l'opinion des observateurs antérieurs, qui tous les ont trouvées assez caractéristiques pour permettre à elles seules de poser un diagnostic ferme, en l'absence de tout autre accident.

Leucomélanodermie syphilitique,

Par M. GÉMY, professeur à l'École de Médecine d'Alger.

Dans la séance du 8 juin 1893 de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, M. le professeur Fournier a relaté l'histoire de deux malades, avec présentation de l'une d'elles, atteintes, « au

siège et au pourtour de syphilides, d'une série de troubles curieux de la pigmentation cutanée. Ces troubles consistent tout à la fois et simultanément en une hyperchromie et une hypochromie qui se produisent non pas seulement sur l'aire même des syphilides et à leur suite, mais en dehors et dans une étendue souvent assez considérable, par exemple sur tout ou partie d'une région telle que le cou, la région scapulaire, la région dorsale. En sorte que côte à côte et au voisinage les unes des autres, on observe des portions de peau décolorées, vitiligineuses, hypochromiées, et d'autres grisâtres, pigmentées, bistrées, plus ou moins fortement hyperchromiées ».

C'est aux cas de cet ordre qu'il croit devoir appliquer la dénomination de *leucomélanodermie syphilitique*.

Dans son beau livre sur les *affections parasyphilitiques*, le savant professeur rappelle cette communication au chapitre de la syphilis pigmentaire, à propos des leucomélanodermies syphilitiques.

J'ai eu l'occasion, ces temps derniers, d'observer quelques Kabyles présentant des lésions pigmentaires de la peau sinon absolument semblables, au moins singulièrement analogues.

Je vais d'abord résumer aussi brièvement que possible les observations de trois malades que j'ai eus simultanément dans mon service ; je les ferai suivre ensuite de quelques courtes considérations.

Le sujet de ma première observation, Mohamed-ben-Ali, est un Kabyle de 25 ans environ, journalier, né à Pablat, village situé à une soixantaine de kilomètres au sud d'Alger.

Il est entré à l'hôpital de Mustapha le 25 février 1894, dans le service de mon excellent collègue M. le Dr Moreau, où il est resté jusqu'au 12 mars, époque à laquelle il est transféré, sur ma demande, dans le service de la clinique dermatologique.

Ce malade raconte que sa mère, à l'âge de 12 ou 13 ans, aurait été atteinte de l'affection dont il est actuellement porteur.

La sienne a débuté lorsqu'il avait une douzaine d'années, par un bouton siégeant sur la partie moyenne et antérieure de la cuisse droite, bouton qui s'est ulcéré puis guéri, laissant une cicatrice absolument blanche. Notons que la peau de ce malade est, normalement, couleur chocolat, ainsi que la peinture qui le représente en donne une idée parfaitement exacte. Il en résulte que toutes les cicatrices qui ont succédé aux diverses ulcérations qui se sont successivement produites, tranchent avec une grande netteté sur la coloration de la peau environnante.

Après cette première lésion, de nouveaux tubercules se sont développés sur la partie droite du thorax et de l'abdomen, en empiétant même un peu sur la partie gauche, formant, à mesure qu'ils guérissaient, un immense placard irrégulier, géographique, parsemé d'îles et d'îlots de peau saine. Ce placard est tantôt gauffré, tantôt lisse, d'un beau blanc nacré et d'une souplesse égale à celle des tissus sains. Si bien que la coloration seule dénonce les places qui ont été envahies.

La cuisse droite présente de larges placards cicatriciels semblables aux précédents. Il n'y en a pas à gauche ; c'est constater qu'il n'y a pas de symétrie.

En arrière, les placards cicatriciels occupent une moindre superficie. C'est là que l'on peut surprendre encore le processus en activité.

Ainsi, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, se trouve une plaque polycyclique, *à fond rosé*, de sept centimètres de long sur deux de large, sur laquelle on peut constater un certain nombre de tubercules miliaires ulcérés. Il n'y a pas d'infiltration de la peau. Quelques tubercules cependant sont plus volumineux et présentent une certaine induration au toucher.

A un premier examen fait il y a trois semaines, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, cette même plaque et une à peu près semblable mais plus petite située à droite, avaient leurs bords complètement ulcérés, avec la forme franchement serpigineuse de certaines syphilides tertiaires. Actuellement, et sous l'influence du traitement dont nous parlerons tout à l'heure, ces ulcérations sont guéries et n'ont laissé qu'un fond rosé, coloration qui précède toujours la coloration blanche définitive.

C'est certainement de la sorte que les autres lésions que j'ai décrites ont dû évoluer.

Sur certains points la lésion, en guérissant, au lieu d'un placard blanchâtre, laisse au contraire une couche épidermique plissée, paraissant plus large que le tissu sous-jacent, et d'une coloration plus foncée que celle de la peau saine, c'est-à-dire presque noirâtre.

C'est ce qui m'a fait adopter, pour qualifier ce résidu syphilitique, la dénomination de *leucomélanodermie* proposée par le professeur Fournier.

L'aspect du malade est si caractéristique que M. le professeur Leloir, dans une trop courte visite qu'il fit, à la fin du mois d'avril, à la clinique dermatologique d'Alger, s'écria lorsque je lui montrai ce malade : « *Quel beau vitiligo !* », — diagnostic de surprise qu'un examen plus prolongé modifia dans le sens que je viens d'essayer d'établir.

La sensibilité, dans tous ses modes, est intacte partout.

Du reste, pour suppléer à l'insuffisance forcée de ma description, mon jeune collaborateur et ami, M. le Dr H. Vérité, a bien voulu prendre les excellentes photographies de ce malade et de ceux qui font l'objet des deux observations suivantes. Elles donnent une idée parfaitement exacte de l'affection que j'ai tenté de décrire.

Pour compléter cette observation, j'ai biopsié un morceau de peau de ce malade, pris moitié sur la partie hyperpigmentée et moitié sur la région vitiligineuse (la photographie reproduit ce point, grand comme une pièce de deux francs, situé sur la partie moyenne de la fesse droite).

M. le Dr H. Vincent, médecin aide-major de première classe, attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, qui met toujours à mon service son inépuisable obligeance, a bien voulu en faire l'étude histologique.

Je transcris ici, en lui adressant tous mes remercîments, la note qu'il m'a remise :

LEUCODERMIE SYPHILITIQUE. N. — *Examen histologique.*

Après durcissement dans la gomme et l'alcool, les fragments biopsiés ont été débités en coupes ; celles-ci, étudiées après coloration au picro-carmin ou à l'hématoxyline, ont présenté les altérations suivantes :

A un grossissement faible (oc. 1, obj. 2, Vér.) on aperçoit aisément la limite qui sépare la plaque décolorée de la peau, de la zone cutanée normale. Dans cette dernière, les cellules cylindriques qui constituent la couche profonde du corps muqueux de Malpighi, et qui sont implantées sur le derme, sont très riches en pigment ; quelques-unes d'entre elles sont même totalement noires. Il y a certainement une exagération de la pigmentation normale. En outre, au centre des papilles dont on voit la section oblique ou perpendiculaire, il existe des accumulations pigmentaires tantôt libres, tantôt intracellulaires, et parfois aussi très accusées. Les cellules pigmentées sont anastomosées, et quelques-unes offrent un aspect étoilé, comme les cellules du tissu conjonctif de la choroïde.

Dans le derme, et parfois à une distance assez grande de la couche malpighienne, sont des traînées plus ou moins abondantes de pigment noir ou brun, formé de grains volumineux et irréguliers, distribués dans les espaces conjonctifs ou lymphatiques, ou le long des capillaires.

La *portion décolorée* de la peau n'offre aucune trace de pigment, soit dans la couche basale du réseau muqueux, soit dans le chorion ou au niveau des papilles.

Étudiées à un plus fort grossissement, les préparations montrent par quelles transitions passe successivement la dépigmentation de la peau. Il a paru que la zone non décolorée contient une proportion de pigment plus considérable qu'à l'état normal ; cette hyperchromie porte principalement sur la couche profonde du réseau de Malpighi et sur les cellules intrapapillaires. La plupart de ces cellules sont entièrement truffées de grains noirs ou bruns, de volume inégal, qui masquent non seulement le noyau et le nucléole, mais encore le protoplasme lui-même de la cellule.

Dans la partie sous-papillaire du chorion, on a déjà signalé des îlots ou des bandes allongées de cellules migratrices dont quelques-unes sont chargées de pigment. Peut-être la disparition du pigment dans les parties leucodermiques est-elle due au travail de ces cellules qui vont le chercher au voisinage du réseau muqueux et le charrient ensuite dans les profondeurs du derme. Je dois dire cependant qu'ayant fait des coupes de la peau normale chez d'autres Arabes, j'ai constaté également la présence du pigment (quoique en proportion moins abondante) dans le chorion lui-même.

Il importe encore de noter que le pigment peut se trouver aussi à l'état libre, au milieu des îlots cellulaires signalés, sous forme de blocs ou de granulations plus ou moins volumineuses et informes.

Lorsqu'on approche de la partie décolorée du tégument, on voit diminuer la pigmentation ; les cellules basales du corps muqueux sont de moins

en moins noires ; il semble que l'achromie débute en premier lieu par elles. A la limite de la plaque, ces cellules ne renferment plus qu'une fine poussière brune ou jaunâtre ; puis la pigmentation cesse. En ce dernier point cependant, on peut encore observer dans le chorion sous-jacent des traînées pigmentaires même assez abondantes.

Plus loin, toute trace de pigment a entièrement disparu partout. C'est à peine s'il existe çà et là un groupe de quelques cellules de la couche profonde du corps muqueux qui contiennent encore quelques granulations noires.

Les poils sont moins pigmentés dans les plaques leucodermiques que dans la partie saine de la peau, mais le pigment n'a pas entièrement disparu.

Par ailleurs, il n'existe pas d'altération anatomique bien particulière des éléments de la peau. La couche cornée est normale ; la couche muqueuse n'a pas semblé amincie ni atrophiée. Tout au plus doit-on noter, par place, la disparition de la couche granuleuse et la diminution de nombre et de volume des gouttelettes d'éléidine.

Les papilles sont un peu effacées, mais elles ne sont pas réduites, comme dans le vitiligo ordinaire, à une ligne presque horizontale.

Le tissu dermique, les glandes sébacées et sudoripares, les vaisseaux capillaires n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé.

Le traitement a consisté en frictions mercurielles, iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour, et application d'emplâtre de Vigo sur les ulcérations.

Le malade sort complètement guéri le 15 mai 1894.

Les détails dans lesquels je suis entré à propos de ce premier malade me permettront d'être très bref dans la relation de mes deux autres cas.

Les mêmes biopsies ont été pratiquées et ont donné le même résultat histologique. Je n'y insisterai donc pas.

Le kabyle qui fait le sujet de ma deuxième observation, Amar-ben-Rabah, a trente ans, journalier, d'un tempérament strumeux fortement accusé. Il est né à Taï-Ouzou.

A son entrée à la clinique, le 18 janvier 1894, une vaste ulcération occupe tout l'avant-bras droit, empiétant sur la partie inférieure et antérieure du bras. Cette ulcération est bordée d'un bourrelet cicatriciel assez épais. Autour de celui-ci se trouvent des cicatrices blanchâtres, souples, ayant la même consistance que la peau saine environnante, et ne présentant, comme caractère de cicatrice, qu'une achromie absolument semblable à celle des cicatrices de l'observation précédente.

D'autres cicatrices de mêmes aspect et coloration, souples, occupent toute la région comprise entre l'angle inférieur de l'omoplate droite et le sillon fessier. Quelques-unes de ces plaques présentent la coloration rose qui précède toujours la décoloration absolue.

La photographie montre bien l'ulcération de l'avant-bras droit et l'aspect vitiligineux des régions guéries.

Le traitement a été le même que pour le précédent malade et à la date du 20 juin, cette vaste infiltration gommeuse ulcérée est réduite à une plaie de la dimension d'une pièce de cinq francs.

Mon troisième malade, Hamoud-ben-Achour, est également un Kabyle, né à Bordj-Menaïel, âgé de 46 ans, et présentant, quoique d'une taille plutôt petite, les attributs d'une robuste constitution.

Il se présente à notre examen, le 25 avril 1894, dans les conditions suivantes :

Il porte sur l'épaule, le bras et l'avant-bras droits des cicatrices dont le pourtour est polycyclique mais qui présentent au toucher certaines particularités. C'est ainsi que celles de l'épaule et du bras sont souples, hyperpigmentées, ayant un épiderme plus large que les tissus sous-jacents et formant par conséquent des plis parfaitement souples du reste ; celles de la partie inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras laissent le pli articulaire complètement indemne et sont d'un blanc nacré avec quelques îlots rosés semblables à ceux que j'ai mentionnés dans les deux observations précédentes. Ala partie externe du bras, les cicatrices sont bridées et quelques-unes de ces brides sont kéloïdiques.

Le bras gauche est tout à fait sain.

De l'appendice xiphoïde à la partie moyenne de l'abdomen, sur tout le côté droit du thorax ainsi que sur le dos se trouvent d'immenses placards cicatriciels avec îlots d'un blanc mat, îlots hyperpigmentés, et placards sur lesquels l'épiderme est plus large que le derme sous-jacent.

Toute la partie gauche du corps est complètement saine.

Des placards blanchâtres occupent tout le pourtour de la cuisse droite, ne laissant d'intact que la partie postérieure. C'est là qu'on peut très bien surprendre le mode de formation de ces cicatrices. A ce point de vue cette observation est absolument typique.

On peut en effet remarquer, sur les excellentes photographies que je produis ici, cet immense placard bordé, excepté en haut, par une bandelette de deux ou trois centimètres de largeur, parfaitement géométrique, formée par des tubercules ulcérés. Ici la forme serpigineuse est des plus nettes. Toute la partie centrale est d'un blanc mat, la zone qui la sépare de la bandelette ulcérée est d'un blanc rosé qui deviendra blanc quand les ulcérations seront cicatrisées. Les poils sont blancs sur la zone dépigmentée, et colorés sur les autres.

Il y a six ans que la maladie aurait débuté, au dire du malade. Soigné à l'iodure de potassium par le pharmacien de la localité, les ulcérations se cicatrisaient pour se reproduire quelque temps après la suspension du traitement.

Notons encore ce détail que ce malade, qui ne fume pas, présente dans la bouche, à la partie interne des joues et au niveau de la rencontre des deux maxillaires, des taches leucoplasiques très nettes.

Soumis au même traitement que les deux autres malades, Hamoud-ben-Achour sort guéri le 20 mai.

Cette guérison rapide confirme ce que j'ai dit ailleurs de l'influence

remarquable du traitement spécifique sur les formes graves de la syphilis chez les indigènes qui ne boivent pas d'alcool.

Sans donner à cette communication les développements qu'elle pourrait comporter, il me reste à justifier le titre dont je l'ai étiquetée.

Cette *leucomélanodermie* a été observée et décrite il y a longtemps par les médecins militaires qui, au temps de la conquête de la Kabylie, ont exercé dans cette région.

Le professeur Arnould, alors aide-major à l'hôpital militaire de Dellys, a décrit dans le recueil des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, numéro d'avril 1862, cette affection sous le nom de *lèpre kabyle*. Le D[r] Vincent, médecin-major de première classe à l'hôpital du Dey, dans un mémoire lu à la Société de médecine d'Alger et publié dans son *Bulletin* (deuxième fascicule 1862) y fait allusion, page 172. E.-L. Bertherand, en parle dans son livre sur *la médecine et l'hygiène des Arabes*, page 424.

Pour le D[r] Arnould, cette maladie propre à la Kabylie, liée par des rapports plus ou moins intimes avec la syphilis dans un grand nombre de cas, en serait indépendante dans d'autres, et n'aurait aucune analogie avec la scrofule ; ce serait une maladie spéciale à laquelle il conviendrait de donner un nom spécial, celui de lèpre kabyle (Hanoteau et Letourneux, *La Kabylie*, tome I, page 446).

Pour le D[r] Vincent, la syphilis des Kabyles, ou plutôt, par une généralisation bien fondée, la syphilis des indigènes de l'Afrique est *identique*, dans une de ses grandes manifestations, avec la lèpre du moyen âge et probablement avec l'éléphantiasis des Grecs, si naturellement confondu avec cette dernière par plusieurs auteurs (*loc. cit.*, pages 285 et suivantes).

Je n'insiste pas autrement sur une confusion que la découverte du bacille de Hansen a fait cesser. Je parlerai d'ailleurs dans une autre communication de la *lèpre vraie* chez les Kabyles.

Cette leucomélanodermie a été aussi confondue avec le vitiligo. C'est ainsi que j'ai souvent entendu dire que le vitiligo était très commun chez les indigènes qui habitent Biskra et les oasis environnantes. Sans être absolument affirmatif, puisque je ne connais pas la région, je ne crois cependant pas être trop téméraire en avançant que c'est le pseudo-vitiligo que je viens de décrire, qui a été observé.

En résumé, l'affection qui fait le sujet de cette communication n'est pas le vitiligo. Elle n'a absolument rien de commun avec la lèpre tuberculeuse ou anesthésique. Ce n'est pas non plus de la sclérodermie ou de la scrofule, c'est encore moins une achromie et une hyperchromie trophonévrotique.

C'est un résidu indélébile de syphilides ulcérées.

Le qualificatif de LEUCOMÉLANODERMIE que j'ai emprunté au professeur Fournier est donc excellent et permet de fixer l'état de la peau comme déchet d'une lésion syphilitique.

De la transpiration insensible,

Par M. P. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille.

Les anciens distinguaient la transpiration en sensible et insensible : la première se manifestant par une sueur visible à la surface du corps ; la seconde, invisible, consistant en une simple évaporation. Depuis la découverte des glandes sudoripares, la question peut être précisée et présentée à deux points de vue :

Existe-t-il une sécrétion sudorale s'évaporant immédiatement et constituant une sécrétion invisible ?

Existe-t-il en dehors de la sécrétion sudorale une évaporation se faisant à la surface de la peau ?

Sur le premier point j'ai établi par des expériences déjà anciennes que l'on peut obtenir des empreintes sudorales nettes en des points de la peau où l'on ne voit aucune sueur. Si l'on fait passer par cataphorèse une solution de pilocarpine en un point limité, on pourra pendant plus d'une heure prendre en ce point les empreintes sudorales sans voir, même en regardant à la loupe, la moindre apparence de sécrétion. A ce point de vue il existe donc une transpiration insensible.

Mais actuellement, et surtout depuis les vues qu'Unna a exposées sur ce point, la question doit être posée autrement, et il s'agit de savoir s'il se fait à la surface de la peau une évaporation appréciable en dehors de la sécrétion sudorale visible ou invisible.

La question, à première vue, ne paraît pas d'une solution facile, il y a pourtant un moyen simple de l'élucider, mais dont j'ai eu l'idée trop récemment pour que mes expériences soient complètes, et pour que je puisse en donner le résultat ; j'indiquerai donc simplement la méthode à suivre.

Dans mes expériences sur l'action locale des alcaloïdes, j'ai constaté que, en faisant pénétrer en un point déterminé une solution d'atropine d'un centigramme et même d'un milligramme par gramme, on peut, pendant vingt-quatre, trente-six et même quarante-huit heures et plus, supprimer absolument la sécrétion sudorale sur une surface plus ou moins grande. Il devient donc facile, en appliquant avec soin sur cette surface un récipient renfermant du chlorure de calcium, de voir si après quelques heures ce chlorure de calcium se mouille ou devient déliquescent, si dès lors il existe ou non une transpiration insensible appréciable. On peut même, par des pesées exactes, en faisant l'expérience simultanément sur le côté atropinisé et sur le côté homologue intact, mesurer quelle est la proportion de la transpiration insensible par rapport à la transpiration totale.

Malformation des maxillaires dans la syphilis héréditaire,

Par M. Jullien.

Dans neuf cas de syphilis héréditaire prouvée par des lésions graves de la peau ou du squelette, et un cas seulement probable, j'ai observé un vice de conformation aboutissant au défaut de concordance des deux maxillaires.

Il consiste en ceci : l'arcade dentaire supérieure déborde l'arcade inférieure, comme chez certains chiens du Tyrol, à l'inverse de ce qui se passe chez les bouledogues, 1° dans toute son étendue, comme je l'ai vu dans un cas où les deux rebords formaient très exactement deux lignes concentriques; 2° dans une partie seulement de son étendue, au niveau des incisives (8 cas). Une seule fois j'ai vu les incisives inférieures dépasser en avant les supérieures.

Ma statistique porte sur sept garçons et trois filles. L'âge où j'ai observé ces sujets, le plus jeune ayant 7 ans et le plus âgé 21, me permet de penser que ce vice de structure est définitif, et à l'encontre de quelques autres n'est point corrigé par la croissance.

Six fois les dents étaient mal implantées et irrégulières, et présentaient les altérations semi-lunaires ou tricuspidiennes si fréquentes dans la syphilis héréditaire.

Cette malformation ne modifie guère l'aspect général de la face, où proéminent généralement les bosses frontales. Dans le seul cas où elle était complète elle donnait à la physionomie un aspect d'atrophie vers le bas, et de menton fuyant. La mastication est toujours plus ou moins gênée, les malades sont incapables de l'action incisive et doivent y suppléer par le déchirement et l'écrasement au moyen des molaires.

Urétro-cystite blennorrhagique compliquée d'emblée de purpura infectieux très grave,

Par MM. F. Balzer et R. Lacour.

Dopp..., âgé de 18 ans, entre, le 12 mai 1894, au n° 2 de la salle 7, service de M. Balzer. — Le 5 mai, il a eu, pour la première fois, un rapport sexuel ; le 6, après une promenade prolongée, il a ressenti des douleurs dans les membres inférieurs. Les 7 et 8 mai, il constate des taches rouges et violacées sur les membres inférieurs, et en même temps il aperçoit un écoulement du canal qui s'accompagne de douleurs assez vives : il a aussi du gonflement des gencives et de la fétidité de l'haleine. Le 9, il est obligé de cesser son travail ; une éruption purpurique occupe les membres inférieurs et supérieurs ; en même temps, douleurs de cystite et apparition du sang dans l'urine. Dès le lendemain, l'écoulement purulent paraît cesser, mais les autres symptômes s'accentuent les jours suivants ; il se présente

d'abord à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, puis à celle de l'hôpital Ricord où il est admis.

Au moment de son entrée, le malade est pâle, très affaibli, se plaint d'une grande lassitude avec fièvre (38°). Il présente une éruption purpurique généralisée. Le lendemain de son entrée se déclarent des accidents plus graves : coliques très violentes, diarrhée avec entérorragie et melœna ; nausées sans vomissements. La langue est très saburrale, les gencives gonflées et saignantes. En même temps, douleurs vives dans les articulations et dans les muscles, douleurs spontanées et réveillées par la palpation, surtout dans les adducteurs de la cuisse, dans les bras et les avant-bras. Œdème rosé autour des petites articulations. Hématurie très abondante, avec signes de cystite intense, douleur et grande fréquence des mictions. Il est important de noter que le malade n'a subi aucun traitement, et notamment n'a pas fait d'injections.

La température, à 38° les premiers jours, revient bientôt à la normale. Dans les jours qui suivent son entrée, l'état du malade varie peu : on note du côté du tube digestif le même état de la bouche et des gencives, nausées, vomissements avec hématémèse ; persistance de la diarrhée et de l'hémorragie intestinales. Pourtant les hématémèses s'arrêtent, et les vomissements deviennent bientôt bilieux, porracés. L'apparence du malade ferait songer à une péritonite, si le ventre n'était aplati et rétracté. Les douleurs abdominales sont toujours extrêmement vives. Les douleurs articulaires tendent à disparaître, mais on voit apparaître un gonflement au niveau de l'extenseur du petit doigt de la main gauche, gonflement avec rougeur qui gagne bientôt toutes les gaines tendineuses de la face dorsale de la main. Le malade est sans fièvre, mais très abattu, amaigri et sans sommeil, malgré le sirop de chloral. On essaie de soulager les douleurs du ventre par des applications successives de glace, de cataplasmes et de gaïacol : les applications ne donnent parfois qu'un soulagement momentané. On prescrit en outre le salol à l'intérieur, et contre les vomissements la glace, la potion de Rivière, etc. On prescrit aussi le perchlorure de fer, XX gouttes par jour.

L'examen microscopique des sécrétions du canal obtenues par raclage, car l'écoulement est nul, fait constater la présence des gonocoques.

Cette situation très grave se maintient sans changement jusqu'au 19 mai. Ce jour est marqué par une diminution légère dans l'acuité des symptômes : la main gauche est moins rouge et moins gonflée ; l'état général est moins mauvais, malgré la persistance de l'hématurie, des douleurs abdominales, du melœna et des vomissements bilieux.

Même état pendant les journées du 20 et du 21 ; de plus, nouvelle poussée de purpura aux membres inférieurs et au visage, avec ecchymose au nez.

Le 22 mai, amélioration générale ; l'hématurie, déjà moins forte, s'arrête, et l'on peut constater l'existence de l'albuminurie ; les gencives sont moins saignantes ; la diarrhée s'arrête aussi ; les applications de gaïacol calment très bien les douleurs abdominales ; les éruptions purpuriques disparaissent ; le sommeil vient, malgré la fréquence des mictions. Le malade, qui était au régime lacté absolu, commence à s'en dégoûter : on lui permet de prendre un peu de bouillon.

Le 25 mai, l'hématurie reparaît, mais surtout à la fin des mictions ; le canal est douloureux. Nouvelle poussée intense d'érythème purpurique miliaire sur les membres inférieurs et les genoux. Pas de fièvre. On prescrit des lavages boriqués à 2 p. 100 pour le canal.

Le 26, l'éruption s'étend aux membres inférieurs. Selles diarrhéiques. Douleurs dans les épaules et les mains.

Cette nouvelle poussée s'atténue les jours suivants, ainsi que tous les symptômes d'urétro-cystite et la diarrhée. Les douleurs abdominales ne reparaissent que d'une manière intermittente, mais sont parfois encore assez fortes pour empêcher le sommeil.

Le 1er juin, à la suite d'une visite de sa mère qui lui avait apporté des biscuits, le malade est repris de diarrhée avec entérorragie légère, nausées, violentes douleurs de ventre, que les applications de gaïacol ne parviennent pas à soulager. Le malade ne dort que grâce au chloral.

Le 2, nouvelle poussée de purpura, surtout au bras droit. Une autre poussée générale se produit encore le 4 juin. Mêmes symptômes le 5, et de plus nausées suivies de vomissements porracés. La glace sur le ventre, employée pour remplacer le gaïacol, est mal supportée.

Ls 8, nouvelle amélioration de tous les symptômes : le malade ne vomit plus ce qu'il prend, et dort assez bien. L'urétro-cystite s'améliore beaucoup : la douleur à la miction a presque complètement disparu ; plus de vomissements ni de diarrhée.

A partir du 11, on lui donne des œufs dans le bouillon. L'alimentation solide n'est commencée que le 18 : viande crue, jus de viande.

Le 20, sans cause bien connue, peut-être à la suite d'un lavage fait avec une solution mal préparée, reprise de l'urétrite et de la cystite qui paraissaient presque guéries : les urines se troublent et contiennent de nouveau un peu de sang. Le malade est remis le 23 au régime lacté intégral.

Le 26, instillation de quelques gouttes de nitrate d'argent à 1 p. 50. Les lavements laudanisés calment les symptômes les plus pénibles de la cystite : l'hématurie cesse le 29, mais les mictions sont encore douloureuses.

Le 1er juillet, épididymite à gauche, avec déférentite. Pendant le cours de cette complication nouvelle, qui évolue sans présenter une grande intensité, la cystite s'améliore lentement.

Le 13, dernière poussée d'érythème purpurique aux membres inférieurs ; cette poussée disparaît en deux jours. On constate encore une albuminurie très légère qui cesse bientôt définitivement.

Le 21, rechute légère de l'épididymite.

Le 25, la cystite s'améliore beaucoup ; les mictions sont devenues tout à fait normales, mais les urines sont encore troubles dans le second verre.

Le 30, l'urétrite seule persiste, avec une apparence légèrement trouble des urines. Il y a encore un peu d'écoulement, et le pus contient des gonocoques, non accompagnés d'autres microbes. L'état général est très bon. Le malade est toujours au régime lacté mitigé, et prend de l'opiat.

Il faut noter que plusieurs fois au cours de l'observation les urines ont

été examinées dans l'intervalle des hématuries. On a noté parfois la présence de l'albumine dans les urines ; à d'autres moments son absence. L'albumine a donc été intermittente : elle a cessé vers le 15 juillet. Quant à la quantité des urines, elle a toujours paru à peu près normale.

L'observation peut se résumer de la manière suivante :

1° Urétro-cystite blennorragique intense, avec hématurie et albuminurie; l'hématurie, extrêmement abondante, avait évidemment pour cause à la fois la cystite et l'infection générale;

2° Infection générale avec érythème purpurique à récidives, ecchymoses cutanées plus ou moins étendues, œdèmes; épistaxis légères, troubles digestifs graves, gingivite fongueuse avec stomatorragie légère, hématémèses et vomissements bilieux; entérite violente avec diarrhée persistante et avec entérorragies. Le tableau de la maladie ressemblait par moments, à s'y méprendre, à celui d'une forme grave de *purpura hæmorrhagica* de Werlhof. De plus, albuminurie intermittente, arthralgies et myalgies intenses, inflammation des gaines tendineuses de la main gauche, et enfin phénomènes généraux graves, cachexie, amaigrissement considérable, faiblesse extrême, qui ont fait plusieurs fois considérer une terminaison fatale comme imminente.

Tel est, dans ses traits les plus saillants, le tableau de la maladie que nous avons observée. Bien qu'elle ne soit pas encore complètement terminée, tous les accidents d'infection générale ont disparu, et l'amélioration obtenue est désormais plus que suffisante pour que nous puissions considérer le malade comme étant absolument hors de danger. L'urétro-cystite persiste encore à un degré léger, sans douleurs, sans mictions fréquentes, simplement avec des urines troubles.

Nous n'avons pas beaucoup à insister sur les principales particularités de l'observation. Un certain nombre de faits ont été publiés déjà, dans lesquels on a signalé des éruptions diverses, ordinairement des érythèmes, causées par la blennorrhagie. On a signalé même des érythèmes s'accompagnant d'ecchymoses cutanées, mais nous ne connaissons pas d'observation dans laquelle les phénomènes infectieux aient atteint le même degré de gravité que dans la nôtre, avec hémorragies graves par les diverses voies, donnant tout à fait le tableau du *purpura hæmorrhagica* à forme typhoïde. Notre observation vient donc une fois de plus appeler l'attention sur l'infection générale qui peut accompagner la blennorragie, et mettre en évidence une forme encore peu rencontrée.

Le purpura était nettement constitué par des éléments éruptifs érythémateux, dont la coloration caractéristique ne cédait pas à la pression du doigt. La durée de ces éléments était très courte, pour quelques-uns même éphémère, et l'ecchymose disparaissait parfois

sans laisser de traces et sans présenter les diverses colorations qui caractérisent la résorption du sang épanché. Ce n'est que dans certains points, et principalement aux membres inférieurs, que les ecchymoses présentèrent une durée plus longue. En somme, la gravité de la situation n'a pas été accusée par les hémorragies cutanées, mais surtout par les hémorragies internes, hématémèses, entérorragies. L'hématurie a présenté une persistance et une intensité très grandes, qui peuvent s'expliquer à la fois par la cystite et par l'infection générale.

On n'a jamais rien noté de particulier du côté du cœur; le foie n'offrait pas de changement de volume appréciable, et il n'y a jamais eu d'ictère.

Une des particularités remarquables du fait a été la rapidité d'invasion des accidents. Presque en même temps que la blennorragie le malade a éprouvé des troubles généraux inquiétants : abattement, grande faiblesse, état typhoïde ; presque aussitôt apparaissent aussi les premiers érythèmes purpuriques. Il est évident que l'infection générale s'est effectuée d'emblée, dès l'entrée des agents infectieux dans l'urètre.

La rapidité de l'invasion du canal par l'infection blennorragique a été également très remarquable. A peine la blennorragie était-elle déclarée qu'elle envahissait l'urètre dans sa totalité, et arrivait jusqu'à la vessie en moins de cinq jours. Presque d'emblée l'affection locale a été une urétro-cystite. Nous ignorons même dans quelle mesure ont pu être intéressées les voies urinaires supérieures, à cause de la persistance de l'hématurie : mais la longue durée de l'albuminurie qui n'a cessé que vers le 15 juillet montre bien que les reins avaient dû être aussi affectés.

Dès l'apparition des accidents, l'écoulement a cessé, fait qui démontre une fois de plus que la sécrétion purulente peut être tarie non seulement dans les affections fébriles importantes, mais dans diverses perturbations profondes de l'économie capables de troubler le phénomène de l'exsudation leucocytique au siège des inflammations locales.

L'examen microscopique du pus recueilli dans le canal par le grattage fut donc nécessaire pour reconnaître le gonocoque et confirmer ainsi le diagnostic de blennorragie. Cet examen démontra de plus la présence de microbes associés au gonocoque, et nos recherches bactériologiques nous ont encore mieux prouvé que, s'il s'agissait bien dans ce cas d'une infection dont la blennorragie était le point de départ, le gonocoque ne pouvait pas être considéré comme l'agent unique, ni même peut-être comme l'agent principal de cette infection.

Examen bactériologique du pus urétral et du sang. Cultures. — L'examen du pus urétral est fait une première fois le 18 mai. On se

borne à constater la présence du gonocoque dans une gouttelette de pus obtenue en raclant la paroi du canal avec le fil de platine. En colorant avec le bleu de méthylène phéniqué, ou avec la fuchsine en solution hydro-alcoolique, on voit très nettement, dans le protoplasma des leucocytes, à côté des noyaux, des diplocoques en grains de café, formant des groupes assez nombreux. Ces diplocoques se décolorent par la méthode de Gram.

Le pus renferme d'autres microorganismes siégeant surtout en dehors des leucocytes; ce sont des cocci isolés ou réunis en amas, et prenant le Gram. Aucune culture n'est faite avec cette première prise de pus.

Le 22, on fait des cultures avec le pus urétral et avec le sang. Le pus recueilli dans le canal à l'aide d'un fil de platine stérilisé, après nettoyage du méat et des premiers millimètres de l'urètre, est ensemencé dans deux tubes de bouillon. Deux autres tubes de bouillon sont ensemencés avec le sang pris à la pulpe de l'index, après nettoyage de la peau à la brosse et au savon, puis au sublimé. Ces quatre tubes sont mis à l'étuve à 38°.

Après vingt-quatre heures, dans trois tubes le bouillon est devenu trouble : à savoir dans les deux tubes ensemencés avec le sang; le bouillon de l'autre tube ensemencé avec le sang est resté clair, et ne se troublera pas ultérieurement.

Le 24. Le bouillon des trois tubes, déjà trouble la veille, présente au fond un dépôt moyennement abondant. Ce bouillon est ensemencé sur gélatine et sur gélose. Les tubes de gélose ainsi ensemencés sont mis à l'étuve à 38°.

Le bouillon de ces trois tubes, examiné au microscope, renferme une culture pure de cocci réunis en amas plus ou moins nombreux, prenant le Gram, et paraissant être un staphylocoque à gros grains.

Sur les tubes de gélose et de gélatine ensemencés avec le bouillon, se développent, rapidement pour la gélose, plus lentement pour la gélatine, des colonies ayant tous les caractères des cultures du staphylocoque blanc. L'examen microscopique de ces cultures confirme le diagnostic de staphylocoque.

Le 26. L'examen du pus de l'urètre révèle encore des gonocoques peu nombreux, et de plus des cocci en amas plus ou moins considérables restant colorés au Gram. Le même jour, de nouveaux ensemencements dans quatre tubes de bouillon sont faits avec le pus de l'urètre, et avec le sang recueilli comme précédemment. Cette fois les quatre tubes de bouillon, mis à l'étuve à 38°, deviennent troubles après vingt-quatre heures. Ce bouillon est ensemencé sur gélose et gélatine. Le bouillon examiné au microscope révèle des cultures pures de staphylocoque ; sur la gélose et la gélatine se développent des colonies types de staphylocoque blanc.

Le pus de l'urètre est examiné encore un certain nombre de fois en juin, et révèle des gonocoques tantôt nombreux, tantôt rares, accompagnés toujours de cocci colorés au Gram.

Le 20 juin. Deux tubes de bouillon, ensemencés avec le sang, restent stériles.

En résumé, dans le canal de l'urèthre et dans le sang, on a trouvé un microbe que sa morphologie et les caractères de ses cultures sur bouillon, sur agar et sur gélatine permettent de considérer comme du staphylocoque blanc à gros grains.

Ces constatations bactériologiques, malgré la lacune expérimentale qu'elles présentent, nous paraissent cependant suffisantes pour démontrer la nature complexe d'une infection hémorrhagipare dont l'urèthre a été la porte d'entrée. C'est là le fait principal que met en évidence notre observation, et que nous nous croyons dispensés d'entourer de commentaires superflus. Dans une thèse récente, M. Barrié a également constaté, dans un cas de blennorrhagie, compliqué de méningo-myélite, la présence du staphylocoque blanc dans les lésions de la moelle et des méninges, et il attribue logiquement cette complication à une infection secondaire partie du canal.

Nous avons peu de chose à dire du traitement qui a été suivi. Le régime lacté absolu était imposé à la fois par l'état des voies digestives et par l'uréthro-cystite accompagnée d'hématurie et d'albuminurie. Contre les douleurs abdominales nous avons eu à nous louer de l'emploi de la pommade au gaïacol à 5 p. 30, dont les bons effets ont été à peu près constants. Le salol était aussi doublement indiqué par l'état des voies digestives et des voies urinaires. Nous ne pouvons que mentionner la glace et les hémostatiques, tels que le perchlorure de fer, qui sont habituellement prescrits en pareil cas.

Enfin, pendant la maladie nous avons pratiqué la désinfection du canal à l'aide de lavages au siphon faits avec de l'eau boriquée à 2 p. 100. Nous croyons qu'il faut toujours adopter cette conduite en pareille occurrence : les blennorrhagies doivent être traitées localement, même pendant les maladies capables de les rendre latentes en supprimant l'écoulement. L'examen des produits de raclage du canal indique dans ce cas la conduite à tenir. Bien supportés d'abord par le malade pendant toute la période la plus grave de l'infection, les lavages ont été moins bien tolérés ensuite. L'uréthrite et la cystite, d'abord améliorées, se sont réveillées de nouveau ; une orchite est survenue. Nous ignorons si cette recrudescence et cette complication n'ont pas été causées par une faute dans la préparation des solutions antiseptiques, ou si elles n'étaient pas la suite naturelle de la recrudescence locale qui se produit habituellement en pareil cas lorsque les symptômes généraux viennent à s'amender. Quoi qu'il en soit, la convalescence a été retardée ; il a fallu revenir au régime lacté qui avait été abandonné ; une nouvelle poussée de purpura assez légère s'est même produite. Actuellement, tout semble devoir se terminer favorablement : l'écoulement est nul, les symptômes de cystite ont disparu, les urines encore troubles contiennent quelques filaments, mais ne sont plus albumineuses. Le malade a recommencé à manger et à se lever, et

son état général s'affermit tous les jours, sans aucune manifestation nouvelle de l'infection

M. Brousse rapporte une observation analogue dans laquelle cependant les accidents ont été moins graves.

M. Barthélemy a observé des cas de purpura et d'épistaxis à la suite de la blennorrhagie. Ces accidents d'infection secondaire sont du reste plus fréquents et plus graves chez l'homme que chez la femme.

M. Augagneur. — Ces éruptions de purpura au cours de la blennorrhagie sont tout à fait analogues aux cas de purpura consécutifs aux adénites inguinales suppurées dont je compte parler dans la prochaine séance. J'en ai encore vu à la suite de l'ecthyma. Ce sont des purpuras infectieux secondaires, on peut les rapprocher des néphrites infectieuses avec albuminurie qu'on peut observer dans les mêmes circonstances.

M. Sabouraud. — Ce ne sont pas seulement des intoxications, ce sont de véritables infections du sang. On trouve des microbes dans et autour des vaisseaux et les taches de purpura constituent des colonisations locales.

M. Brocq fait remarquer la rapidité foudroyante avec laquelle est survenu le purpura. En général la blennorrhagie débute comme une maladie purement locale. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'apparaissent les accidents généraux ; dans le cas actuel les accidents généraux ont ouvert la scène, l'uréthrite n'est apparue qu'après eux. Il est donc permis de se demander si la blennorrhagie est bien la cause du purpura.

M. Ducastel. — Y avait-il eu surmenage sexuel.

M. Balzer. — On ne peut guère l'admettre car le malade n'avait pratiqué qu'un seul coït ; c'était son premier rapport sexuel.

M. Aubert. — Il ne me paraît pas démontré que le purpura soit consécutif à la blennorrhagie ; j'admettrais plutôt que le malade était en imminence de purpura quand il a pris la blennorrhagie.

M. Balzer. — La blennorrhagie a-t-elle réellement une période d'incubation ? Il me semble qu'elle existe dès le rapport infectant. Ce qu'on appelle incubation n'est en réalité qu'une période latente assez longue pour le canal, beaucoup plus courte pour l'œil. L'infection blennorrhagique peut commencer pendant cette période avant même qu'on ait pu reconnaître l'uréthrite. Dans le cas observé il est à noter de plus qu'il s'agissait d'une infection complexe et dont la marche locale a été exceptionnellement rapide. Je puis rapprocher de l'observation que je viens de dire le fait suivant : à la suite d'un coït suspect un médecin se surveille avec la plus grande attention ; à l'apparition de la première goutte, après avoir reconnu la présence des gonocoques, il fait une injection abortive au nitrate d'argent qui réussit à couper définitivement la blennorrhagie ; pourtant dans la semaine même il était pris d'un rhumatisme qui évolua avec tous les caractères du rhumatisme blennorrhagique.

Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire.

Par M. L. Perrin et Aslanian.

Des travaux récents (1) en ophtalmologie ont démontré qu'à l'état le plus physiologique, les staphylocoques pyogènes constituent d'une façon absolument constante la *garniture microbienne permanente du bord ciliaire;* l'infection dans l'opération de la cataracte vient presque toujours des bords palpébraux qui inoculent la cornée par leur contact. Pour lutter contre ces germes, les oculistes pratiquent à fond le nettoyage et le dégraissage de ce bord ciliaire en même temps que sa rigoureuse antisepsie.

Nous avons recherché si la lèvre supérieure et les orifices narinaires à l'état normal présentaient des microbes pyogènes comme les bords ciliaires d'une paupière saine; quelle était la virulence de ces microbes et quel pouvait être leur rôle dans l'eczéma pilaire récidivant de la lèvre supérieure (eczéma sous-nasal, sous-narinaire, impétigo sycosiforme de Devergie, etc.). Pour élucider cette question, nous avons d'abord étudié la bactériologie de la lèvre supérieure et des cavités narinaires à l'état physiologique, nous avons fait ensuite des examens bactériologiques de ces mêmes régions atteintes d'eczéma récidivant.

Bactériologie de la lèvre supérieure et des orifices narinaires chez l'adulte à l'état normal. — Nos recherches ont été faites sur huit sujets dont deux étudiants en médecine ayant séjourné à l'hôpital le matin pendant la visite, deux employés de l'hôpital, deux malades hospitalisés, enfin deux individus vivant tout à fait en dehors de l'hôpital. Tous avaient la lèvre supérieure absolument saine, et n'avaient jamais présenté d'affections cutanées sur cette région. Les cultures ont été faites sur de la gélose à la température de 30°. La tige de platine stérilisée, après avoir été promenée sur la lèvre supérieure entre les poils de la moustache et à l'entrée des orifices narinaires, a été introduite dans les tubes à gélose pour l'ensemencement. Pour chaque sujet, nous avons ensemencé quatre tubes : deux pour la lèvre supérieure et deux pour les orifices narinaires. Toutes ces cultures ont été positives et après vingt-quatre heures de séjour du tube à l'étuve, nous avons constaté des colonies blanches régulièrement circulaires composées de staphylocoques blancs. Dans la majorité des tubes, quelques rares colonies jaunes, formées toujours de staphylocoques, accompagnaient les colonies blanches. Les colonies jaunes existaient dans des tubes ensemencés par les microbes de la lèvre supé-

(1) *Bull. Acad. méd.,* 10 octobre 1893. *Archives d'opht.,* novembre 1893. A. Cuénod. *Th. de Paris,* 1894.

rieure aussi bien que par ceux des orifices narinaires et provenaient des divers sujets que nous avons examinés, qu'ils eussent séjourné ou non dans une salle d'hôpital.

Pour déterminer la virulence des staphylocoques, nous avons cherché à inoculer ces microbes cultivés, dans la cornée de lapins et de cochons d'Inde adultes et bien portants. Après avoir gratté les couches superficielles de la cornée avec une aiguille employée en ophtalmologie, nous avons touché la petite plaie ainsi produite avec le fil de platine trempé dans les colonies bactériennes. Aucune de ces inoculations n'a été positive; les plaies cornéennes se sont cicatrisées sans suppuration. Il n'y a eu aucune différence à l'inoculation entre les cultures jaunes et les cultures blanches.

De ces observations, quoiqu'elles soient peu nombreuses, on peut conclure: 1° qu'il existe sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires normaux de l'homme, des micro-organismes en certain nombre; que le staphylocoque blanc est l'hôte habituel et parfois exclusif de ces régions, mais que le plus souvent aussi il est accompagné du staphylocoque jaune. 2° Ces micro-organismes sont capables de se cultiver rapidement sur les milieux artificiels, et ces cultures inoculées dans la cornée du lapin, ne produisent pas de lésions.

Nos expériences sont trop peu étendues pour pouvoir dire que le staphylocoque est le seul microbe végétant à la surface de la lèvre supérieure normale. Quoi qu'il en soit, nos cultures se sont présentées dans un état de pureté suffisant, et ont toujours été examinées avec assez d'attention pour que nous puissions affirmer que jamais le streptocoque ne s'y est présenté.

Pour le bord ciliaire normal, MM. A. Terson et Cuénod sont arrivés aux mêmes résultats, mais leurs inoculations ont toutes été positives. Elles ont déterminé un petit abcès dans la cornée du lapin, qui s'est, dans la majorité des cas, guéri rapidement, sauf une seule fois où se produisit un abcès grave avec fonte du globe oculaire; dans ce cas c'est un staphylocoque blanc qui a causé cet accident.

Bactériologie de la lèvre supérieure atteint d'eczéma récidivant avec ou sans folliculites. — Nos recherches ont été faites sur cinq malades présentant les divers degrés de l'eczéma pilaire. La méthode de culture et d'inoculation a été semblable à celle que nous avons suivie pour l'examen des sujets sains.

Obs. I. — Homme de 45 ans atteint depuis trois ans d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure. Au moment de l'examen, il ne reste que de la rougeur sous-nasale de la lèvre avec un peu d'épaississement, de l'induration et de l'alopécie au-dessous de la sous-cloison, il n'y a ni pustules, ni croûtes. Toutes les cultures ont été positives dans les quatre tubes qui ont été ensemencés. Les colonies sont blanches et constituées uniquement de staphylocoques ; ces colonies sont accompagnées de rares

colonies jaunes, mais dans les tubes ensemencés après le passage du fil de platine sur la lèvre supérieure.

Une seule des inoculations pratiquées dans la cornée du lapin, a réussi : elle a été faite avec une colonie jaune provenant de la lèvre supérieure. Il s'est formé un petit abcès lenticulaire dans la cornée qui a mis plusieurs jours à se cicatriser. Les autres inoculations ont été négatives.

Obs. II. — Homme de 54 ans atteint d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure datant de deux ans, alopécie de toute la partie supérieure du crâne, douleurs rhumatismales chroniques. Les cultures ont été faites huit jours après que le malade avait eu une folliculite sous la cavité narinaire droite, il ne restait qu'une plaque rouge un peu tuméfiée.

Toutes les cultures ont été positives ; celle appartenant à la moitié droite de la lèvre supérieure contient des colonies jaunes et blanches mélangées avec prédominance des jaunes. Les autres tubes contiennent presque uniquement des colonies blanches. Partout nous n'avons constaté que des staphylocoques.

A une seconde série de cultures faites avec le staphylocoque jaune provenant de tubes ensemencés par les microbes de la lèvre supérieure, toutes les colonies étaient blanches, et la coloration jaune n'a pas reparu.

Toutes les inoculations sur la cornée du lapin ont été négatives, les unes avaient été faites avec des colonies blanches, et d'autres avec des colonies jaunes.

Obs. III et IV. — Malades âgés l'un de 34 ans, l'autre de 47 ans, atteints d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure et présentant des papulo-pustules et des croûtes au-dessous desquelles on trouvait du pus. En soulevant ces croûtes et en plongeant le fil de platine stérilisé dans la goutelette de pus, nous avons fait des cultures sur gélose : trois fois nous avons obtenu des cultures de staphylocoque jaune, et une fois de staphylocoque blanc. L'inoculation à la cornée du lapin a produit une conjonctivite assez intense avec paupières agglutinées, un abcès cornéen entouré d'une aréole d'infiltration, un ulcère consécutif suivi de taies à résorption lente.

Obs. V. — Homme d'une trentaine d'années ayant eu plusieurs poussées depuis dix-huit mois d'eczéma de la lèvre supérieure, présentant au moment de l'examen de la rougeur et des croûtes, mais pas de pus. On ensemença un petit fragment de croûte avec quelques poils arrachés au-dessous des cavités narinaires, on obtint des cultures jaunâtres impures et fort mélangées. Les inoculations ne furent pas pratiquées,

Tels sont les quelques faits que nous avons observés, ils sont assurément en trop petit nombre pour pouvoir être interprétés. Tout ce que l'on peut dire, c'est que d'une façon générale, si on compare les

cultures obtenues sur des lèvres saines et celles obtenues dans les cas d'eczéma sous-narinaires, ces dernières se rapprochent des premières chez les malades atteints superficiellement ou qui sont dans un état de quasi-guérison. Les cultures provenant des eczémateux sont plus abondantes et plus fertiles quand les lésions de la lèvre sont plus accentuées ; la virulence est plus marquée puisque nos inoculations faites avec des cultures provenant de sujets sains ont toutes été négatives, tandis qu'un certain nombre ont été positives avec des cultures provenant d'eczémateux. Ces inoculations avaient été faites avec des colonies jaunes. Nous sommes loin cependant de pouvoir conclure que le staphylocoque doré joue un rôle important dans la production de l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure. Nous savons, en effet, que les germes de staphylocoques dorés se rencontrent sur des lèvres normales.

Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires, à l'état normal, chez l'homme adulte, des micro-organismes en certain nombre, parmi lesquels le staphylocoque blanc ; il est seul, parfois, mais le plus souvent il est accompagné du staphylocoque jaune ; on les retrouve à un degré plus virulent dans l'eczéma pilaire. Ces parasites paraissent donc, d'après nos quelques expériences, être primitifs ; deviennent-ils pathogènes en évoluant sur un bon terrain de culture? Les malades ordinairement atteints d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure présentent-ils ce terrain favorable ?

Nous savons (notre éminent maître, M. Ernest Besnier (1), y a toujours insisté dans ses leçons et dans les travaux qu'il a inspirés) que ces malades ont un état constitutionnel assez particulier, qu'ils répondent plus ou moins au type de l'arthritique de Bazin. Leur disposition constitutionnelle, qu'elle provienne soit de l'hérédité, soit d'une mauvaise hygiène, soit des deux sources, est, en effet, caractérisée surtout par un ralentissement marqué de la nutrition et par les manifestations morbides suivantes : la lithiase biliaire, la gravelle, la dyscrasie acide, l'oxalurie, le diabète, la goutte, ces affections complexes auxquelles on a donné le nom de rhumatisme chronique, de rhumatisme abarticulaire (névralgies, migraines), asthme, bronchite sibilante, emphysème, certains troubles gastro-intestinaux, etc.

Voilà le terrain sur lequel évolue l'eczéma de la lèvre supérieure. Les causes excitantes de cette affection que l'on observe ordinairement sont, soit des écoulements du nez produits par des coryzas fréquents auxquels ces malades sont sujets, soit toute autre irritation

(1) E. Besnier. Annotations à la traduction des *Mal. de la peau*, de M. Kaposi, 2e édition, p. 664, t. I. — Hoel. *Ecz. pilaire*, Paris, 1881. — Kinzelbach. *Ecz. pilaire de la lèvre supérieure*, Paris, 1879.

extérieure. Sous l'influence de ces causes banales, les micro-organismes existant sur la lèvre supérieure à l'état normal, peuvent proliférer dans l'épiderme et ses annexes, et produire ainsi les lésions que l'on constate dans l'eczéma pilaire.

La conclusion au point de vue pratique, c'est que l'on doit augmenter la résistance de la région sous-narinaire, qu'il faut rendre aseptique. C'est ce que l'on réalise dans le traitement de l'eczéma de cette région, quand, une fois les phénomènes inflammatoires disparus, on fait des épilations, des scarifications linéaires, des lotions répétées avec l'alcool absolu sursaturé d'acide borique. La guérison une fois obtenue, on conseille aux malades de ne pas laisser pousser les poils de la moustache, de les couper fréquemment aux ciseaux pendant des mois ou des années, de se servir de solutions antiseptiques pour lotionner les cavités narinaires et la lèvre supérieure. Grâce à ces précautions, on arrive à éloigner et même à supprimer les récidives. Nous avons remarqué chez trois malades, suivis pendant plusieurs années, que la sécrétion sudorale restait très longtemps à reparaître au niveau de la lèvre, et qu'une fois cette fonction rétablie les malades n'ont plus eu de poussées d'eczéma.

M. Brocq. — J'ai étudié ce même sujet avec M. Veillon, et de même que M. Perrin, M. Veillon a trouvé le staphylocoque doré très abondant sur la lèvre. Mais comme cette forme d'eczéma survient très souvent à la suite du coryza, nous avons poussé nos recherches jusque dans les fosses nasales et M. Veillon y a trouvé encore le staphylocoque doré en abondance et presque pur; le coryza paraît donc s'être inoculé sur la lèvre.

M. Augagneur. — M. Désir de Fortunet, dans sa thèse sur la kératite phlycténulaire des scrofuleux, faite sous ma direction il y six ans, a montré que cette kératite est généralement consécutive à un impétigo, mais comme cette kératite peut récidiver pour son compte on oublie facilement l'impétigo qui l'a précédée. Dans les lésions de la kératite phlycténulaire, comme dans celles de l'impétigo, on trouve le staphylocoque doré. Avec la kératite coïncide une rhinite chronique à staphylocoques que j'ai appelée rhinite impétigineuse. Comme la kératite phlycténulaire, l'eczéma pilaire de la lèvre supérieure est une affection impétigineuse chronique, l'un et l'autre coïncident avec la rhinite. Encore trois maladies qu'il faut distraire de l'ancienne scrofule dont il ne restera bientôt plus rien.

M. Sabouraud. — On peut y joindre la blépharite chronique.

Syphilis héréditaire.

Par M. DRON.

L'auteur présente à la Société des os de nouveau-nés syphilitiques. Ce sont des pièces sèches qui offrent les lésions anatomo-pathologiques déjà signalées dans la syphilis infantile héréditaire. On voit à la surface des os longs, un tissu ostéide, très poreux, de moindre résistance que l'os normal et qui, dans certaines pièces enveloppe complètement ce dernier comme un manchon. L'os ainsi doublé est cependant léger : il n'a pas un poids en rapport avec son volume. Sur une pièce on voit encore le périoste desséché et épaissi. Ces lésions correspondent à la périostogenèse osseuse et fibreuse. Dans d'autres os longs, chez un enfant de dix-huit mois, il s'est fait, au contraire, une raréfaction considérable du tissu osseux, de sorte que la cavité médullaire de l'os s'est agrandie singulièrement. L'os n'est représenté que par une lamelle d'apparence fragile et qui se fracturerait facilement. Il y a eu là une médullisation du tissu osseux.

Les os larges, omoplate, os coxal, présentent aussi des dépôts ostéiformes qui les déforment et empâtent leurs saillies. Ce tissu osseux pathologique est encore plus poreux que dans les os longs. Ces os larges ont un aspect vermoulu. Cependant, en enlevant le revêtement morbide on retrouve l'os normal, quoique moins résistant qu'à l'ordinaire. Il y a eu encore là une médullisation.

Sur les syphilis régionales à localisations cutanées et osseuses.

Par M. HALLOPEAU.

Il est reconnu, et nous avons à diverses reprises insisté sur ce fait, que la syphilis ne mérite en réalité le nom de maladie générale, *totius substantiæ*, que dans les premiers temps de l'infection secondaire; ultérieurement elle se localise en un certain nombre de foyers, souvent latents; là seulement le contage persiste et peut évoluer, toutes les autres parties de l'organisme sont redevenues saines et réagissent comme les tissus normaux sous les influences pathogéniques.

On ne connaît que très imparfaitement les lois suivant lesquelles se produisent ces localisations tardives.

Dans des publications antérieures, nous avons invoqué le milieu favorable que certains tissus offrent au contage chez certains sujets; on ne peut guère s'expliquer autrement les localisations systématiques de la maladie, soit dans certaines régions cutanées, telles que

les paumes des mains, les plantes des pieds, ou toutes les matrices unguéales, dans le système osseux, dans les centres nerveux ; d'autres fois, nous avons cherché à établir que l'on peut faire intervenir un trouble trophique réflexe créant ce milieu favorable ; il en est ainsi, par exemple, dans les cas où l'on voit des syphilides ulcéreuses envahir successivement les parties symétriques des membres, telles que les deux coudes ou les deux épaules.

Les faits sur lesquels nous désirons appeler aujourd'hui l'attention montrent que les localisations peuvent être dominées par le développement de syphilomes dans d'autres tissus d'une même région. Notre attention a été attirée récemment sur ce fait par une malade de notre service, chez laquelle une vaste syphilide serpigineuse de l'épaule s'accompagnait d'exostoses multiples de l'acromion. Depuis lors, nous avons étudié à ce même point de vue les malades atteints de syphilides tertiaires qui nous ont passé sous les yeux et, chez trois d'entre eux, nous avons constaté des faits analogues ; il n'y a donc pas là une simple coïncidence.

Il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire au premier abord, d'une propagation directe d'un tissu à l'autre. On sait que les ulcérations syphilitiques cutanées peuvent atteindre le squelette et que, d'autre part, celles qui succèdent à l'ouverture des tumeurs gommeuses du tissu cellulaire sous-cutané peuvent envahir secondairement le tégument externe : nous avons laissé systématiquement de côté les faits de cette nature.

Chez nos quatre malades, la peau et le squelette sous-jacent ont été affectés concurremment ou plutôt consécutivement, mais sans que l'on puisse déterminer la cause de cette altération simultanée.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les points de leurs observations qui ont trait à notre sujet.

Obs. I. — V..., couchée au n° 8 de la salle Lugol, ignore à quel âge a débuté sa syphilis. Elle a eu, à l'âge de 28 ans, une ulcération de la voûte palatine et consécutivement une perforation. A 36 ans, l'épaule gauche est devenue le siège d'ulcérations qui se sont progressivement cicatrisées en même temps qu'elles envahissaient les parties voisines ; il s'est développé ainsi une syphilide serpigineuse qui est encore actuellement en activité. Le moignon de l'épaule est le siège de cicatrices superficielles, gaufrées, à contours polycycliques ; elles s'étendent en avant jusqu'à trois travers de doigt du sternum, inférieurement jusqu'au bord postérieur de l'aisselle, en arrière jusqu'à 2 centim. du bord postérieur de l'omoplate ; un chapelet de petites tumeurs gommeuses occupe le bord inféro-externe de cette plaque serpigineuse ; partout le tégument glisse librement sur les parties sous-jacentes ; il n'y a pas trace d'adhérences anormales.

Sur le bord antérieur de l'acromion, on perçoit une saillie du volume d'un gros pois, immobile et dure. Rien de semblable n'existe du côté

opposé. Il s'agit en toute évidence d'une exostose. Des saillies semblables existent sur la face postérieure et le bord supérieur de la même extrémité. Les exostoses sont donc multiples ; elles coïncident avec les cicatrices cutanées de la même région.

Obs. II. — M. B... vient à notre consultation de Saint-Louis, atteint d'une syphilis ancienne. On voit, sur la partie médiane de sa jambe droite, trois lésions circinées groupées en fragment de cercle ; la plus grande d'entre elles est cicatrisée et déprimée dans sa partie centrale, saillante et ulcérée à sa périphérie ; au-dessous d'elle, se trouve une plaque semblable.

La partie sous-jacente du tibia est surmontée au niveau de son bord interne de saillies dures, douloureuses à la pression et spontanément. Il s'agit d'exostoses ou de périostoses qui coïncident avec les lésions superficielles et occupent la même région sans avoir avec elles d'autre rapport apparent. Les autres parties de la surface tégumentaire sont saines.

Obs. III. — X..., malade de notre consultation, a eu, en 1887, un chancre suivi de manifestations de syphilis secondaire. Actuellement, on constate l'existence de cicatrices spécifiques superficielles au niveau de la partie antérieure du milieu de la jambe droite. Dans la même région existe, depuis six mois, une périostose de la face interne du tibia. Les autres parties du squelette et des téguments sont intactes.

Obs. IV. — F..., couché au n° 45 de la salle Bazin, a eu, il y a quatre ans, un chancre induré suivi d'une éruption papuleuse généralisée. Deux ans après se sont développées, à la partie antéro-supérieure des deux jambes, des syphilides serpigineuses. Elles ont laissé des cicatrices à contours polycycliques, en partie décolorées, en partie colorées en brun sombre : la peau qui en est le siège glisse normalement sur les parties sous-jacentes. Les parties correspondantes de la face interne des tibias sont le siège de périostoses dont les dimensions dépassent celle d'une pièce de deux francs. Nulle part ailleurs il n'existe d'altérations du squelette.

Dans ces quatre faits, on voit le squelette être intéressé exclusivement dans les mêmes régions que le tégument externe ; il n'y a pas eu propagation directe de l'un à l'autre. Il ne s'agit pas non plus d'une prédisposition spéciale du tissu osseux, car nulle part ailleurs on ne trouve d'exostose ni de périostose. Il semble donc bien établi qu'*il y a là une manifestation régionale de la maladie*. Par quel mécanisme s'est produite l'extension au squelette ? Ce n'est pas par continuité de tissu, puisque la couche intermédiaire est intacte ; il est peu probable qu'il s'agisse d'un transport direct par les lymphatiques car les réseaux superficiels et profonds paraissent indépendants l'un de l'autre. Nous admettrions plus volontiers une action trophique s'exerçant à distance, comparable à celle que nous avons vue amener le développement des gommes symétriques des coudes et des aisselles et créant comme elles un milieu favorable à la germination des contages.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Les parties du squelette sous-jacentes aux syphilides tertiaires deviennent assez fréquemment le siège d'exostoses ou de périostoses ;*

2° *Celles-ci sont bien nettement subordonnées à celles-là, car partout ailleurs le squelette est intact ;*

3° *La syphilis, en pareil cas, mérite le nom de régionale ;*

4° *Il ne s'agit pas là d'une propagation directe, car les tissus intermédiaires demeurent indemnes ;*

5° *Il est probable que la lésion cutanée exerce, à distance, dans le squelette sous-jacent, un trouble trophique qui en fait un milieu de culture favorable au développement du contage ; les choses se passeraient suivant le mécanisme que nous avons admis pour les syphilomes symétriques.*

M. Brocq. — Il peut y avoir des localisations d'attente datant des débuts mêmes de la syphilis, et persistant avec une extraordinaire ténacité. Chez un homme atteint de syphilis depuis quatorze ans, toutes les récidives se manifestaient par des lésions du scrotum. Un autre, syphilitique depuis dix-huit ans, avait depuis ce temps des poussées incessantes de syphilides érosives qui siégeaient invariablement au scrotum.

De l'action des courants de haute fréquence et de haute tension sur quelques dermatoses.

Par M. Oudin.

Il semble à priori, si on veut appliquer les ressources de l'électrothérapie à la dermatologie, qu'on doit trouver dans le courant galvanique un auxiliaire précieux. Son action puissante sur la circulation et l'innervation, la possibilité qu'il nous donne de produire des corps à l'état naissant dans l'épaisseur de l'épiderme, de décomposer par électrolyse des substances préalablement introduites dans les différentes couches du derme, ses propriétés caustiques électrolytiques ; et, d'autre part, la facilité avec laquelle nous pouvons aujourd'hui le doser, la situation superficielle des tissus malades, tout cela semble devoir en faire un puissant modificateur des affections cutanées.

Comme tous les électriciens, je me suis d'abord laissé séduire par ces conceptions théoriques, et, j'ai, pendant des années, profité de toutes les occasions qui se présentaient à moi pour essayer, sous toutes ses formes, le courant continu contre les dermatoses. Ces tentatives ne m'avaient amené qu'au découragement. Convaincu qu'on ne pourrait demander au courant galvanique qu'un simple rôle caustique ou thermique, mais aucune action sur la nutrition de la peau, j'allais abandonner la partie, quand plusieurs faits consécutifs m'ont fait

espérer que ce que ne donnait pas le courant continu de quantité, on pourrait peut-être l'obtenir du courant de tension continu ou alternatif.

N'ayant alors à ma disposition que la bobine faradique ou la machine statique, j'étais arrivé avec ces deux agents à quelques résultats intéressants, et comptais poursuivre mes recherches dans cette voie, quand parurent les travaux de M. d'Arsonval sur les courants de haute fréquence et de haute tension, qui joignent aux propriétés des courants alternatifs induits, celles de l'électricité statique.

Je pensai à utiliser ce nouvel agent thérapeutique contre les affections cutanées, et les résultats que j'ai obtenus sont assez encourageants pour que je croie devoir vous les communiquer.

Malgré l'aridité de cette description, je crois nécessaire de vous faire connaître d'abord l'appareil et son action sur la peau saine.

Il se compose essentiellement d'une puissante bobine de Ruhmkorff actionnée par une batterie d'accumulateurs. Le courant de cette bobine absolument insupportable, dangereux même si on l'employait directement, doit être modifié par une série d'organes de transformation, qui élèvent sa tension et le nombre de ses alternances dans une proportion énorme, au point d'en rendre l'étincelle non seulement supportable mais même presque indolore. Pour cela, les deux fils de la bobine vont se rendre à deux bouteilles de Leyde. Du col de ces bouteilles sort, vous le savez, une tige métallique terminée par une boule, et, si nous approchons suffisamment l'une de l'autre nos deux bouteilles pour que l'étincelle de la bobine qui sert à les charger puisse éclater entre ces boules, par le fait même de cette disposition, l'étincelle prend ce qu'on appelle la « *forme oscillante* » c'est-à-dire que chaque étincelle, unique en apparence pour notre œil ou notre oreille, est en réalité la résultante d'une série de vibrations ou d'oscillations extrêmement rapprochées qu'on a comparées aux vibrations d'un ressort qui se détend, et qui se chiffrent, pour chaque étincelle, par dizaines de mille. Si donc notre bobine donnait 50 à 60 étincelles par seconde, nous aurions en réalité par seconde plusieurs centaines de mille oscillations électriques.

M. d'Arsonval a prouvé que nos extrémités nerveuses sensitives ne sont plus impressionnées par des vibrations aussi fréquentes, de même que notre oreille ne perçoit plus des ondes sonores trop rapides de même que notre rétine ne voit plus les vibrations lumineuses, de l'ultra violet.

Jusqu'à présent notre appareil n'a modifié que la fréquence des alternances électriques ; il faut maintenant en modifier la tension, tâche que la haute fréquence va beaucoup nous faciliter. Si, en effet, pour élever la tension d'un courant alternatif ordinaire, il faut lui faire parcourir des bobines composées de plusieurs kilomètres de fil fin,

pour transformer un courant de haute fréquence, il n'est besoin que de quelques tours de gros fils sans résistance ; et, en interposant entre les feuilles d'étain qui garnissent nos bouteilles de Leyde à l'extérieur, une spirale composée de 12 ou de 15 tours de gros fil, dans cette spirale va prendre naissance un courant de la fréquence que nous venons de dire, et d'une tension très élevée comparable à celle de la machine statique. Si, à une des extrémités de cette spirale, nous attachons un conducteur isolé, terminé par une quelconque des électrodes usitées en électrothérapie, avec le doigt, nous pouvons tirer de cette électrode (comme d'une machine à plateau de verre) des étincelles qui seront rendues beaucoup plus puissantes, si, de l'autre main, nous prenons un second conducteur relié à l'autre extrémité de notre spirale. Alors, ces étincelles brillantes, bruyantes, sont tout à fait comparables à celles de la machine statique munie de ses condensateurs, mais sont loin d'être aussi douloureuses qu'elles, ne provoquant d'autres secousses musculaires que quelques contractions fibrillaires dans les muscles tout à fait superficiels.

La peau réagit à ces étincelles d'une façon tout à fait spéciale. Si on ne prend qu'un conducteur, on constate une révulsion plus ou moins vive, suivant qu'on laisse plus ou moins longtemps l'électrode en contact avec la peau. Cette révulsion, caractérisée par une légère rougeur, se diffuse assez vite, et s'étend à une surface sensiblement plus grande que celle qui a été touchée par l'étincelle. Elle persiste, suivant les sujets, pendant 25 minutes ou une demi-heure après l'électrisation.

Du reste, pendant qu'il tient l'électrode, ou quand on produit des étincelles sur un point de sa peau, le sujet est comme plongé tout entier dans un bain statique, sans qu'il soit pour cela besoin de l'isoler sur un tabouret à pied de verre. A quelque endroit de son corps qu'un autre observateur le touche, il tire des étincelles de sa surface cutanée.

Si on fait tenir à la main par un sujet un des conducteurs, et qu'avec l'autre on excite des étincelles, dans ce cas, venons-nous de dire, ces étincelles sont beaucoup plus brillantes et plus chaudes. Elles provoquent aussi une réaction beaucoup plus vive. Si on n'en fait éclater qu'une, on voit un instant après sur une circonférence d'un centimètre et demi ou 2 autour du point touché, la peau s'anémier, devenir d'un blanc mat crayeux, en même temps que les papilles du derme s'érigent comme par une forte chair de poule. Cet état persiste pendant une ou deux minutes, suivant les sujets ; puis l'érection papillaire disparaît peu à peu, et à cette anémie spasmodique de la peau, succède une teinte érythémateuse assez forte, persistant quelquefois plusieurs heures. Chez certains sujets à peau particulièrement sensible, on peut même encore le lendemain constater la présence de cet érythème.

Si, comme excitateur, au lieu d'une sphère ou d'une pointe on emploie un pinceau ou une brosse de fils métalliques qu'on promène sur la peau, de l'extrémité de chaque fil part une étincelle diffusant pour ainsi dire l'action sur une plus large surface. J'ajouterai de suite que c'est surtout cette électrode que j'emploie en thérapeutique.

Nous avons jusqu'à présent élevé la tension du courant jusqu'à pouvoir l'assimiler à celle de la machine statique munie de ses condensateurs. Il est facile de l'augmenter encore bien daventage en entrant plus ou moins dans le solénoïde, comme le fait M. d'Arsonval, une bobine de fil fin isolé dans l'huile, ou plus simplement comme je l'ai indiqué (1) en interposant entre la première spirale et le conducteur une seconde spirale semblable à la première. Alors, on peut avec le doigt, tirer de l'électrode des étincelles minces, sinueuses, atteignant 6 à 8 centimètres de longueur, tout à fait comparables à celles de la machine statique sans condensateurs. Si on éloigne un peu plus la main de l'excitateur, éclate d'une facon continue entre les deux, une effluve, une aigrette très nourrie, violette, apparente surtout dans l'obscurité, produisant sur la peau un picotement, une cuisson légère. Quand cette étincelle ou cette aigrette de très haute tension éparpillée pour ainsi dire par un pinceau métallique a criblé pendant quelque temps une surface cutanée, elle y provoque de la rougeur, de la sudation, une élévation de température en même temps qu'apparaît l'analgésie qu'a signalée M. d'Arsonval et dont j'ai étudié quelques emplois thérapeutiques possibles (2).

En résumé, les courants de haute fréquence et de haute tension ont une action révulsive et excitante très énergique ; leurs propriétés analgésiques démontrent leur influence sur les terminaisons nerveuses cutanées. Enfin, comme l'a prouvé M. d'Arsonval, ils sont de puissants modificateurs de la nutrition générale ou locale. Ils induisent dans les tissus des courants secondaires d'auto-conduction qui relèvent le taux des combustions et par suite la température. Enfin nous avons vu qu'on pouvait avec la plus grande facilité augmenter plus ou moins leur intensité ou leur tension, de manière à leur demander plus particulièrement l'un ou l'autre de leurs modes d'action sur l'organisme.

Si nous avons affaire à une affection cutanée caractérisée par une diminution de la nutrition, comme le psoriasis, la pelade, nous utiliserons l'action énergiquement révulsive de la première spirale.

Contre le prurit, les affections névralgiques, ces courants nous donnent leurs effluves bien autrement puissantes que ceux de la machine statique.

Enfin, contre l'eczéma aigu, l'acné, l'herpès, l'ecthyma, etc., c'est-à-

(1) Dr Oudin. Nouveau procédé de transformation des courants de haute fréquence. *L'électricien,* 5 août 1893.

(2) Dr Oudin. Action analgésique des courants de haute fréquence. *Bulletin officiel de la Société d'électrothérapie,* 13 mai 1893.

dire contre les affections de nature inflammatoire, nous nous servirons à la fois de l'effluve et de l'étincelle de tension.

Dans tous ces cas, nous constaterons les mêmes effets, à savoir : l'augmentation de combustion, l'amélioration de l'état général indiquant le relèvement de la nutrition.

Si je ne craignais de sortir de mon sujet, je vous communiquerais à ce propos l'observation particulièrement intéressante de la jeune femme d'un de nos confrères, arthritique et migraineuse, ayant au moins tous les huit jours des migraines qui l'obligeaient à garder le lit, et qui les vit complètement disparaître dans le cours d'un traitement par les courants à haute fréquence dirigé contre des manifestations cutanées arthritiques, alors qu'avaient échoué jusque-là toutes les ressources de la thérapeutique.

Depuis le mois d'octobre 1892, j'ai soigné le plus de malades que j'ai pu, atteints d'affections cutanées, en promenant sur les surfaces malades un large pinceau métallique formé de fils très fins, reliés suivant les cas à la première ou à la deuxième spirale, le malade tenant ou non à la main le second conducteur, me contentant presque toujours de deux ou trois séances par semaine. Les résultats ont été des plus encourageants.

Ils ne portent malheureusement pas sur un nombre suffisant de malades pour permettre de vous apporter une statistique indiscutable.

Mais pourtant, quelques-uns de ces malades étaient assez sérieusement et depuis assez longtemps atteints, pour que leurs observations deviennent particulièrement suggestives. Ce sont seulement ces observations que je veux vous donner, en ne choisissant que des affections communes pouvant servir de types.

Obs. I (1)

Homme, 45 ans, mécanicien, rhumatisant. Début de l'affection, 10 janvier 1894. Séjour à Saint-Louis du 13 mars au 23 avril, sans amélioration.

Rougeur, gonflement, suintement considérable de la face. Début du traitement électrique le 5 mai. Après trois séances, amélioration telle, que le malade, se croyant guéri, abandonne le traitement.

Il revient cinq jours après, dans le même état que le premier jour. Une séance arrête le suintement, fait tomber la rougeur et la démangeaison. Après la deuxième, la peau a repris son aspect normal.

Deux autres poussées ultérieures causées, l'une par une substance irritante, l'autre par le séjour pendant douze heures dans une chambre dont la température était à 40°, sont de même complètement enrayées après deux séances de haute fréquence.

(1) Je regrette que le manque de place m'oblige à résumer ces observations que

Cette observation est particulièrement intéressante. Le malade était en pleine période aiguë quand j'ai commencé à le soigner. Il suivait, sans résultat, le traitement classique. L'amélioration a été immédiate. Dès la première séance, les accidents inflammatoires ont cédé. Il a fait, depuis, pour différentes causes, trois nouvelles poussées qui se présentaient avec des caractères très sérieux, et auraient certainement duré plus de vingt-quatre heures. Or, chacune d'elles a été immédiatement enrayée par une ou deux séances. — J'ai choisi aussi cette observaiton à cause de la poussée d'arthrite qui a succédé à la suppression brusque de l'eczéma, et dont, pendant quelques jours, les exacerbations et les rémissions ont alterné avec celles de l'eczéma. Le même accident s'est produit chez la malade atteinte de lichen aigu généralisé dont je donne plus loin l'observation.

Obs. II. — *Eczéma chronique.*

Mme H..., 34 ans, couturière. Depuis l'âge de vingt ans, nombreuses manifestations arthritiques, qui depuis novembre 1891, sous l'influence d'un traitement général, se sont bornées à une plaque d'eczéma de la joue gauche et de l'oreille. Tous les mois, au moment des règles, poussée subaiguë, suintement, rougeur, gonflement, démangeaisons ; dans l'intervalle des époques la peau reste épaissie, surélevée, squameuse, de coloration violacée.

Cet état a résisté à tous les traitements. — 1re séance le 10 janvier 1893. Après cinq séances d'effluvation et d'étincelles de haute fréquence, la peau a repris son aspect normal. Il n'y a plus de poussée pendant les règles suivantes.

La malade, revue un an après, est complètement guérie.

Dans 4 autres cas d'eczéma aigu et 3 d'eczéma chronique, le résultat du traitement a été non moins favorable. Dès la première séance, comme dans les observations de MM. Leloir et Doumer, le prurit et l'inflammation sont tombés ; l'effluve alternative de haute fréquence a été tout aussi efficace que l'effluve statique.

Chez 2 malades, la guérison persiste sans rechute depuis plus d'un an. Le traitement a été conduit de la même façon chez tous les malades. Pendant 3 ou 4 minutes, effluvations de la région malade, après quoi, pendant le même temps, et sur les mêmes points, je promène le pinceau métallique relié à la spirale de haute tension.

Chez un vieillard qui présentait à la face externe et antérieure de la jambe et du pied une large plaque d'eczéma très ancien, en raison de la nature torpide de l'affection, j'ai employé l'étincelle révulsive de la première spirale. Le lendemain, je constatais une poussée aiguë

j'avais choisies comme particulièrement intéressantes et montrant mieux que toute théorie l'heureuse influence des courants de haute fréquence et de haute tension sur les affections cutanées.

avec rougeur et suintement abondant. L'effluvation a de suite enrayé cet accident, et la guérison s'est produite en quelques jours. Mais, depuis lors, je m'en suis tenu pour l'eczéma à l'étincelle et à l'effluve de haute tension.

Pour un cas de prurit ancien et très rebelle du scrotum, du périnée, de la région anale et de la face interne des cuisses avec épaississement lichénoïde du derme, il m'a fallu près d'un mois, à raison de deux ou trois séances par semaine, pour venir à bout des démangeaisons. Là, le traitement par l'effluvation alternative a été plus long que dans le cas de M. Leloir ; mais l'affection présentait un caractère tout particulièrement rebelle.

J'ai actuellement en traitement une femme de 31 ans qui m'a été adressée par mon meilleur ami, le Dr Barthélemy, et qui est atteinte depuis plusieurs années d'un lichen aigu généralisé en même temps que d'une pelade totale. Cette malheureuse n'a plus un poil sur le corps. Elle souffrait de démangeaisons atroces ne lui permettant pas plus de trois ou quatre heures de sommeil par nuit. Toute sa surface cutanée était striée de sillons de grattage. Depuis six semaines, je la traite quatre fois par semaine par le courant de haute fréquence ; l'amélioration n'a commencé qu'au bout d'un mois seulement. Aujourd'hui, 20 juillet, la malade va sensiblement mieux, n'éprouvant que cinq à dix minutes de démangeaisons, le soir en se couchant (1).

Ici encore, si l'amélioration a été lente, elle n'en est pas moins très remarquable, étant donnée la gravité exceptionnelle de l'affection qui avait jusqu'ici résisté à tous les traitements.

Psoriasis. — J'ai présenté l'an dernier (2), à la Société d'électrothérapie, un malade, et publié l'observation de deux autres atteints de psoriasis et guéris par le même traitement. Chez l'un d'eux, qui avait sur le dos des plaques de psoriasis guttata, à peu près symétriquement distribuées, je n'avais traité que les plaques d'un seul côté, gardant les autres comme témoins. Celles-ci sont restées stationnaires, alors que les premières ont complètement disparu.

Depuis, j'ai soigné plusieurs malades que M. Béclère a bien voulu m'envoyer ; et, chez tous, j'ai obtenu des résultats favorables. Ayant fait supprimer tout traitement, je promenais deux ou trois fois par semaine, pendant quelques secondes, sur chaque plaque, le pinceau métallique, en demandant à mon appareil l'action révulsive la plus énergique qu'il puisse donner.

L'étincelle, en éclatant sur les croûtes de desquamation épider-

(1) La malade retourne dans son pays le 5 août, n'ayant plus eu de démangeaisons depuis sept jours. L'épaississement lichénoïde du derme a complètement disparu.

(2) Dr OUDIN. Des courants de haute fréquence en dermatologie. *Bulletin de la Société d'électrothérapie*, juillet 1893.

mique, s'étale à leur surface en formant un bouquet de fines ramifications qui couvrent une superficie d'un centimètre environ de diamètre. Malgré le psoriasis, on voit se produire rapidement l'anémie spasmodique dont je vous ai parlé plus haut, qui change complètement la couleur et l'aspect de la plaque. Elle prend une teinte grisâtre à laquelle succède rapidement une vive rougeur.

Pendant les quelques heures qui suivent, le malade accuse une sensation de chaleur et de cuisson légère, n'allant pas jusqu'à la démangeaison. Au contraire, chez les malades qui souffraient de prurit, cette sensation disparaît très vite.

L'amélioration chez les psoriasiques est loin d'être aussi rapide que chez les eczémateux, mais encore cela dépend-il de l'âge de la lésion et de son siège. Les plaques récentes que j'ai vues, chez mes malades, se produire quelquefois dans le cours du traitement, formées de taches lenticulaires d'un rose vif, ont toujours complètement guéri en une ou deux séances. Les plaques, même anciennes, même larges, siégeant aux membres supérieurs ou sur le tronc, demandent de deux à trois mois de traitement. Au bout d'un temps variant de dix à trente jours, on voit la desquamation diminuer, puis cesser complètement. La peau redevient souple, de consistance normale, mais garde une coloration grise qui ne disparaît que beaucoup plus tard.

Le plus souvent, à la périphérie d'une plaque un peu large, persistent encore pendant quelque temps de petites taches arrondies qui donnent à l'ensemble une apparence circinée et qui finissent par s'effacer à leur tour.

Chez mes malades qui avaient du psoriasis du cuir chevelu, la guérison a été tout particulièrement rapide, tandis qu'au contraire les plaques des jambes sont extrêmement rebelles.

Voici d'ailleurs l'observation d'un des malades, toutes les autres pourraient être calquées sur celle-là.

Obs. III. (Résumé.) — Homme de 25 ans. Début en 1888, par le cuir chevelu. Depuis lors l'affection a marché par poussées séparées par des intervalles de calme relatif pendant lesquels le psoriasis ne s'étendait plus, mais ne rétrogradait pas non plus. — Plusieurs séjours à Saint-Louis.

Début du traitement le 3 février 1894. Alors, larges plaques couvrant presque complètement les jambes. Les cinq sixièmes du cuir chevelu sont malades. Sur le tronc et les membres supérieurs, nombreuses taches disséminées, variant du diamètre d'une pièce de 5 francs à celui d'une pièce de 50 centimes.

Trois séances par semaine.

Dès la première quinzaine, disparition du prurit et diminution de la desquamation ; dès la seconde quinzaine de mars, la tête est presque complètement guérie.

Le 15 mai, les plaques du dos et des bras ont disparu ; il ne reste plus que celles des jambes.

Le malade interrompt son traitement du 10 juin au 1er juillet, il revient alors avec une semis de tâches rosées couvrant tout le corps ; après trois séances cette poussée a disparu complètement.

10 juillet. Les grandes plaques couvrant les mollets sont remplacées par une coloration brune de la peau, sans gonflement ni desquamation. Il ne reste plus que les deux plaques de la région antérieure et externe des jambes qui sont réduites aux quatre cinquièmes de leur superficie. La tête, le tronc et les bras sont complètement guéris.

Avant d'en finir avec le psoriasis, je tiens à vous signaler, sans y attacher plus d'importance que n'en mérite un fait unique, cette particularité : je revois de temps en temps mon premier malade, celui que j'ai présenté à la Société d'électrothérapie l'année dernière. Or, cet homme, qui, depuis douze ans, blanchit souvent pour quelques semaines, n'avait jamais été débarrassé de sa maladie, la voyait au contraire empirer tous les jours ; qui avait, quand j'ai commencé à le soigner en 1892, les jambes presque entièrement couvertes de larges plaques, n'a plus eu depuis un an de récidive sérieuse. Il y a deux mois, il constate sur sa jambe l'existence de trois petites taches lenticulaires dont une seule séance l'a débarrassé complètement.

Si je ne craignais d'abuser de votre temps, je vous donnerais encore, Messieurs, quelques observations intéressantes d'acné, de sycosis, de zona, très heureusement modifiés par les courants de haute fréquence: entre autres celle d'une acné ancienne et rebelle de la face, avec saillies hypertrophiques rouge-violacé du derme, qui a été complètement guérie en trois semaines.

Mais, je n'insiste pas sur ces faits, et j'en viens à une autre affection pour laquelle les courants de haute fréquence et de haute tension m'ont donné dans plusieurs cas d'execellents résultats. C'est de la pelade que je veux parler.

Obs. IV. (Résumé). — *Pelade.*

M. B..., 35 ans ; antécédents héréditaires nerveux. En janvier 1893, syphilis qui devient rapidement grave. Symptômes médullaires, iritis. En novembre, début de la pelade, qui en quinze jours dénude les deux tiers du cuir chevelu. Jusqu'au jour où je commence à soigner le malade, celui-ci qui a suivi rigoureusement le traitement spécifique institué par M. le professeur Fournier et le traitement de la pelade conseillé par M. Brocq, n'a pas constaté la moindre amélioration ; au contraire la pelade continue à progresser, mais bien plus lentement qu'au début.

Première séance 23 février 1894. Il ne reste plus que des ponts de cheveux sains séparant de larges plaques de pelade qui occupent au moins les quatre cinquièmes du cuir chevelu.

Trois séances par semaine.

15 mars. Le marche envahissante de la pelade est complètement arrêtée. On commence à voir les plaques se couvrir de duvet.

20 avril. Toutes les plaques du côté droit de la tête sont presque complètement recouvertes.

25 mai. La grande plaque qui occupait toute la région fronto-pariétale et mesurait au début transversalement 10 centim., et 13 d'avant en arrière, n'a plus maintenant que le diamètre d'une pièce de cinq francs.

20 juin. Les plaques occipitales plus rebelles persistent seules.

30 juillet. Il ne reste plus que les petites plaques du diamètre d'une pièce de un franc couvertes de duvet. On peut considérer le malade comme guéri.

Chez ce malade, la régénération des cheveux a été très rapide, puisque en moins de quatre mois les quatre cinquièmes des parties dénudées se sont recouvertes.

D'une semaine à l'autre, presque d'une séance à l'autre, on pouvait constater les progrès. Et pourtant, les vastes surfaces dégarnies en peu de temps, l'extension rapide de la pelade au cours d'une syphilis grave, pouvaient faire craindre que la guérison ne fût beaucoup plus longue.

Quand j'ai commencé à soigner ce malade, il avait le cuir chevelu dénudé, avec quelques taches de cheveux. Aujourd'hui, après quatre mois de traitement, il a la tête couverte de cheveux, avec quelques taches de pelade couvertes de duvet.

Chez un autre malade présentant sur la région temporale une plaque qui, depuis deux ans, était restée stationnaire, une quinzaine de séances ont recouvert la plaque de duvet parmi lequel on commençait à voir des cheveux noirs quand le malade a interrompu son traitement.

Enfin, chez la malade de l'observation II, atteinte d'un lichen prurigineux, les sourcils ont reparu au bout d'une quinzaine de séances, et maintenant il y a du duvet sur la région fronto-pariétale gauche.

En résumé, il me semble, Messieurs, d'après ces observations, que la dermatologie peut espérer trouver dans les courants de haute fréquence et de haute tension un adjuvant thérapeutique précieux. Chez mes malades, j'avais supprimé tout autre traitement ; mais il est évident que l'électrothérapie ne serait en rien une contre-indication aux méthodes thérapeutiques actuelles. L'innocuité de ces courants est absolue, ils sont parfaitement supportés par les sujets les plus sensibles et les plus pusillanimes.

Agissent-ils autrement que par une révulsion énergique, par la modification qu'ils peuvent apporter aux fonctions trophiques et vaso-motrices du derme, par la régularisation et la suractivité de la nutrition générale ou locale ? Je crois qu'ils ont encore une autre pro-

priété. J'ai en effet constaté (1) que l'étincelle de haute fréquence arrache au métal constituant l'électrode, des parcelles de substance qu'elle entraîne sous forme d'oxyde ou de fragments métalliques portés à une haute température, et qu'elle fait pénétrer assez profondément sous la peau, les incrustant pour ainsi dire dans les couches profondes de l'épiderme, et même jusque dans le derme où le microscope permet de les retrouver.

Cette poussière métallique criblant la peau vient peut-être aussi jouer un rôle dans l'action thérapeutique de l'étincelle. J'ai commencé quelques essais pour chercher si en employant un métal plutôt qu'un autre, ou un métalloïde (iode ou arsenic), on arriverait suivant les cas à des résultats plus rapides, mais cette étude est aujourd'hui trop incomplète pour que je puisse faire autre chose que vous la signaler et indiquer cette voie de recherches que je crois intéressante à ceux qui voudraient essayer les courants de haute fréquence et de haute tension en dermatologie.

(1) Dr OUDIN. Transport des métaux par l'étincelle de haute fréquence. *Bulletin de la Société d'électrothérapie* (15 mars 1894).

Le Secrétaire,

W. DUBREUILH.

SÉANCE DU 4 AOUT 1894.

PRÉSIDENCE DE M. DRON.

SOMMAIRE : Sur un point de réglementation de la prostitution autorisée, par M. A. DRON. — La défense contre la syphilis, avec des statistiques relatives à la prostitution, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : MM. AUGAGNEUR, FEULARD, BALZER, VERCHÈRE, GÉMY.) — Note sur quelques cas de syphilis sans chancre initial et sur quelques symptômes prémonitoires de la syphilis, par M. A. CORDIER. (Discussion : M. VERCHÈRE.) — Érythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez une cancéreuse, par M. BARBE. — Sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux disséminé de la face et des membres, par M. CH. AUDRY. (Discussion : M. BROCQ.) — Éruptions cutanées consécutives aux adénopathies vénériennes suppurées, par M. AUGAGNEUR. — La lèpre chez les Kabyles, par M. GÉMY. — Lupus scléreux et verruqueux, par M. BATUT. — Lentigo malin des vieillards, par M. DUBREUILH. — Traitement de la syphilis par des applications épidermiques de calomel, par M. L. JULLIEN. — Dispositif anatomique et mécanisme de l'excrétion des glandes sudoripares, par M. J. RENAUT. — Récidives périodiques *in situ* d'un érythème polymorphe, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BROCQ.) — Syphilis héréditaire maligne ultra-tardive, par MM. GANZINOTTI et ÉTIENNE. — Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, par M. MENEAULT.

Sur un point de réglementation de la prostitution autorisée.

Rapport présenté par le Dr ACHILLE DRON, ancien chirurgien de l'Antiquaille.

La nécessité de la réglementation de la prostitution ne fait aucun doute pour les médecins, et ce serait perdre notre temps que de réfuter les dissertations sentimentales ou pseudo-philosophiques qui, à l'encontre de cette assertion, se sont produites en Angleterre, en Italie, dans d'autres pays encore et jusque dans notre bonne ville de Lyon. La société doit se défendre contre les affections vénériennes, comme elle le fait à l'égard des autres maladies contagieuses.

La syphilis surtout doit être l'objet de mesures préventives rigoureuses, la syphilis dont l'influence sur l'organisme humain est reconnue chaque jour plus étendue et plus néfaste.

On a, dans le but de réprimer ses ravages, imposé aux femmes se livrant à la prostitution des visites hebdomadaires et même bi-hebdomadaires. On les envoie à l'hôpital pour le moindre symptôme syphilitique.

Ces mesures, quoique bien appliquées, ne donnent pas de garanties absolues.

Nous avons tous vu des malades contaminés par des femmes soumises à ces visites et contre-visites. L'attention, le savoir des médecins chargés

de cet important service, ne mettent pas à l'abri de ces déplorables accidents. Dans l'intervalle de deux visites, fussent-elles à quatre jours de distance, des lésions syphilitiques peuvent se manifester quand la femme est dans la période secondaire de la syphilis. Est-ce avec une assurance complète, que l'on remet en circulation une prostituée chez laquelle on vient d'effacer des plaques muqueuses à la bouche et ailleurs? Les garder à l'hôpital après leur guérison apparente pendant un temps suffisant, pour s'assurer qu'elle est définitive, cela ne se peut pas. Des considérations budgétaires s'y opposent; l'hôpital serait bientôt insuffisant pour le nombre de ses pensionnaires; celles-ci réclameraient contre une claustration non justifiée à leurs yeux. On est donc obligé de les renvoyer de l'hôpital quoique suspectes. Il faut pourtant protéger contre ces femmes tarées ceux qui confiants dans notre vigilante administration croient pouvoir s'adresser en toute sécurité aux *filles soumises*. Il faut éviter ces récriminations qui s'élèvent souvent contre les services sanitaires d'inspection et de traitement.

Actuellement, tout ce que l'on emploie pour empêcher la contagion par la prostituée syphilitique, c'est de lui enlever l'exercice de sa profession dangereuse lorsqu'on découvre chez elle un accident contagieux. Mais elle peut l'avoir depuis deux ou trois jours, et l'avoir communiqué la veille, le matin même de la visite. Pourquoi permettre la possibilité de la contagion? Pourquoi, au moins dans certaines conditions, ne pas mettre le public à l'abri de la redoutable maladie?

Je propose en conséquence d'interdire la prostitution autorisée à toute femme reconnue syphilitique, pendant l'espace de temps où elle peut présenter des accidents contagieux. Ce temps peut-il être précisé? Cette période de contagion de la syphilis peut-elle être délimitée? Je crois qu'on peut répondre affirmativement à ces questions.

La syphilis à la vérité n'a pas toujours la même intensité ni la même durée, soit que la gravité des symptômes et leur prolongation dépendent de la graine morbide, soit qu'elles résultent du terrain où celle-ci se développe. Le traitement spécifique joue aussi un grand rôle dans l'évolution de la maladie; s'il ne peut empêcher les accidents secondaires de se produire, au moins les atténue-t-il beaucoup et en abrège-t-il la durée. Mais, même traitée avec négligence ou pas traitée, la syphilis ne se prolonge guère en tant qu'accidents contagieux au delà de la deuxième année. Diday, qui a écrit l'histoire naturelle de la syphilis, disait : « On fait ses deux ans de vérole secondaire ». Cependant j'irai plus loin et, en raison de quelques évolutions lentes d'accidents contagieux, je porterai pour plus de sûreté l'interdiction de la prostitution autorisée à trois années à partir du chancre primitif ou de la première apparition des accidents secondaires si le chancre a passé inaperçu. Ce terme de trois ans me paraît nécessaire et suffi-

sant pour écarter le danger de l'infection. C'est aussi celui que j'ai adopté pour permettre à un syphilitique de se marier.

Je sais que le professeur Fournier exige une année de plus, et certainement plus il s'est écoulé de temps depuis le début de la maladie plus on peut présumer qu'elle n'est plus transmissible. Mais on est souvent obligé de compter avec les impatiences des malades et je n'ai pas eu à me repentir d'autoriser le mariage des syphilitiques trois ans après le début de leur affection. C'est en me basant sur ces observations que je ne permettrais qu'au bout de trois ans aux prostituées syphilitiques l'exercice de leur métier. S'il leur survient plus tard des accidents syphilitiques, ils sont d'ordre tertiaire et non contagieux. Du reste quand ces lésions-là se manifestent, elles sont si repoussantes que la femme est obligée de renoncer à la prostitution.

Pourrait-on appliquer la mesure que je propose? On y arriverait en exigeant que toute fille inscrite à la police pour exercer la prostitution, soit munie d'un livret analogue à celui des militaires, sur lequel seraient indiquées, outre les détails suffisants pour assurer son identité, les maladies dont elle a été atteinte. Le diagnostic ne serait inscrit que d'après le bulletin de sortie de l'hôpital où elle a été traitée. Le médecin visiteur du service sanitaire ne peut pas toujours en effet se prononcer sur la nature d'un accident qui est soumis à son observation très temporaire. Il suffit qu'il soit suspect pour envoyer la femme à l'hôpital où une observation prolongée permet un diagnostic ferme. Les maisons publiques seraient tenues à ne pas admettre les femmes syphilitiques pendant la période de temps précitée. On refuserait la *carte* pendant le même laps de temps aux prostituées isolées syphilitiques.

Mais, me dira-t-on, vous rejetterez dans la prostitution clandestine toutes ces syphilitiques! C'est affaire au public de ne pas s'y adresser. Ce que je veux c'est de ne pas lui donner des garanties illusoires, c'est de ne pas le tromper sur la qualité de la marchandise livrée, c'est de ne pas lui fournir l'occasion de récriminations jusqu'à un certain point justifiées. Le nombre des maisons publiques ainsi assainies augmentera, ce qui est une garantie pour la santé publique.

Quant aux femmes syphilitiques, sachant que ce n'est qu'une interdiction temporaire quoique prolongée de leur profession, elles supporteront plus patiemment le séjour dans les hôpitaux, elles se traiteront avec plus de soin, elles accepteront le refuge qui leur est offert dans des maisons où elles prendront des habitudes d'ordre et de travail, elles chercheront des occupations plus sérieuses sinon plus lucratives. D'ailleurs il s'agit de se défendre contre la maladie, et lorsqu'on établit des quarantaines contre d'autres maladies contagieuses, quand on interdit l'accès de pays infectés, quand on détruit

des locaux contaminés, l'on ne s'arrête plus devant le trouble apporté à des intérêts particuliers.

On pourrait proposer une mesure plus radicale, celle de rayer à jamais des cadres de la prostitution toute femme syphilitique. Je ne pense pas qu'il faille aller jusque-là, la syphilis étant une maladie transitoire. On en guérit souvent complètement. Au début de ma carrière déjà longue j'ai soigné des syphilitiques que je vois maintenant en bonne santé et entourées d'enfants bien portants. Les femmes guéries pourront donc se livrer à la prostitution (puisque celle-ci est un mal nécessaire) au terme assigné, sans faire courir de danger à leur clientèle. Elles seront même précieuses sous ce rapport, car si le dogme de l'immunité contre une seconde infection par une première n'a pas perdu de sa valeur, ne pouvant prendre la syphilis à nouveau elles ne pourront pas la donner.

La défense contre la syphilis,

Par M. Barthélemy, médecin de Saint-Lazare.

Ayant ici l'honneur de parler au milieu de médecins, je ne m'attache pas à démontrer par des faits que chacun a pu observer, les redoutables conséquences de la syphilis, tant pour l'individu, la famille et l'entourage du contaminé, que pour les descendants, c'est-à-dire pour la race, que pour les si nombreux infectés accidentellement (nourrices, vaccinés, médecins, sages-femmes, ou maîtres de domestiques syphilisés, etc.). Tous ces cas sont si fréquents, qu'aucune classe, aucune famille, aucune personne, si prudente et si vertueuse soit-elle, ne peut se dire absolument à l'abri d'une contamination quelconque.

Les maladies vénériennes contagieuses ont les plus graves conséquences. Tous les faits d'observation se joignent aux statistiques pour le démontrer chaque jour davantage. Chercher à protéger la société contre de pareils fléaux, ce n'est pas travailler pour la débauche ; car les innocents ou les naïfs atteints, *syphilis insontium*, ne sont pas moins nombreux que les autres. C'est donc travailler pour la santé publique (1).

Je pense en médecin que, pourvu que l'hygiène publique soit respectée, les rapports des sexes doivent être traités d'après les principes sacrés de la liberté. Mais je ne puis oublier que compromettre d'une manière, parfois irrémédiable mais toujours grave, la santé d'autrui est un véritable crime qu'on ne saurait encourager par une impunité

(1) V. Barthélemy, *Syphilis et santé publique*, 1883, p. 300 et suiv.

systématique. Si l'on ne peut atteindre tous les cas, il faut du moins en restreindre le nombre dans la mesure du possible.

S'il n'y avait pas de maladie contagieuse, je ne m'occuperais pas, moi médecin, de la prostitution. On n'est pas coupable en droit, ni pour se prostituer — à moins que ce ne soit en public — ni même pour avoir la syphilis; *on ne le devient que si l'on contagionne son prochain;* mais une syphilis ne reste que bien rarement isolée, et la règle est qu'une syphilis en engendre d'autres. Cela tient à ce que la maladie est longue et insidieuse, qu'elle procède par bonds, par poussées inattendues, pendant une période contagieuse de durée indéterminée mais toujours longue. Tout syphilitique est un malade, mais un malade dangereux, longtemps dangereux, souvent dangereux de par les récidives fréquentes et imprévues des accidents, et dangereux même en dehors des relations sexuelles.

La syphilis, n'importe où elle soit parvenue, vient toujours d'en bas. Le cas observé, fût-il le dixième de la série, a la rue pour première origine. Assainissez le trottoir ou les endroits similaires, et vous assainissez tout le reste : voilà ce que l'observation ne cesse de prouver.

Assainissez les grandes villes (et ce n'est que dans les grandes agglomérations que le problème est difficile à résoudre), et vous assainissez tout le pays. Assainissez les grands centres populeux, les garnisons, les ports militaires et marchands, et vous assainissez le monde. La syphilis d'un pays rebondit sur celle d'un autre pays, comme la syphilis d'une classe de la population rejaillit sur la syphilis des autres classes.

Or, quand le nombre des prostituées augmente, le nombre des cas de syphilis augmente proportionnellement. D'autre part, si l'on voit la syphilis augmenter dans une population, dans une garnison, c'est que la santé des prostituées est devenue, syphilitiquement parlant, plus mauvaise.

On n'est pas forcé de faire le métier de prostituée. Si, pour une raison ou pour une autre, misère, ignorance, paresse, mauvais exemples, ou bien « pour connaître le monde, pour passer sa jeunesse », comme il m'a été répondu par quelques femmes que j'interrogeais sur les causes de leur vie spéciale ; si, dis-je, on se décide à adopter, fût-ce momentanément, ce mode de lutte pour l'existence, il *faut être* et *rester* en état de santé : c'est là une des conditions indispensables de cette pratique, et une des conséquences les plus banales du droit commun. En aucune circonstance, en aucun commerce, le consommateur ne peut, ne doit être trompé ; à plus forte raison si, comme c'est le cas ici, la tromperie sur la qualité se produit sous forme d'un empoisonnement pouvant tuer dès les premiers mois, et pour parler plus exactement : d'une infection généralisée et durable.

Or, qui dit liberté de la prostitution dit liberté de la contagion et par suite de l'infection. C'est dans cette circonstance que la société a pour droit et pour devoir formels de sauvegarder la santé publique et de s'assurer que tout le personnel qui pratique la prostitution habituellement et par métier, et souvent par unique moyen d'existence, est sain, hors d'état de nuire : delà *la nécessité du contrôle*, et, de par la nature même du mal et de ses propriétés contagieuses, la *nécessité du contrôle préventif;* car, dans l'espèce, il n'est plus temps d'agir quand le mal est fait. Plus la prostituée sera contagieuse, plus la surveillance et les soins devront être attentifs et répétés, pour empêcher de nouveaux malheurs.

Avant de déterminer les conditions et les détails de la réglementation de la prostitution, il importait d'en établir et d'en mettre hors de cause la légitimité d'une part, la nécessité d'autre part.

La surveillance médicale, si imparfaite soit-elle, est une des plus utiles mesures prophylactiques actuellement connues contre la syphilis. Ce n'est pas la seule, car je pense, avec Fournier, que le traitement est encore une arme plus puissante ; je parle du traitement bien appliqué, dès le début, à tous les malades, surtout à ceux qui échappent à la surveillance, par tous les praticiens, dont on exigerait pour tous une réelle compétence à ce sujet.

Mais l'un de ces moyens de lutte n'empêche pas l'autre, au contraire.

Distribuez largement, gratuitement, tout le long du jour, et de points multiples de la ville, les médicaments spécifiques. Instituez des pansements fréquents, toujours antiseptiques, sans brutalité ; créez pour cela des dispensaires nombreux, au moins un par quartier ; que les visites y soient faciles à passer vite, à des heures abordables, tous les jours sans exception (comme cela a lieu à Pétersbourg), ce qui est facile grâce à un roulement de médecins suffisamment nombreux et actifs ; que les traitements soient dirigés par des médecins suffisamment compétents (Fournier insiste avec raison sur l'enseignement spécial à donner aux étudiants) ; que les traitements soient assez bien faits pour être efficaces et pour que les malades soient bien convaincues, bien pénétrées de leur action bienfaisante, elles y viendront alors spontanément, et avec plus d'empressement et d'exactitude. Éclairez les malades, filles, femmes, militaires et ouvriers, etc., sur les dangers de la syphilis et des maladies contagieuses ; sur la nécessité de s'en préserver, et de s'en traiter si l'on n'a pu être préservé : on ne peut avoir la prétention, dans l'état actuel des choses, d'empêcher une prostituée, soumise ou non, de contracter un jour ou l'autre la syphilis.... toutes, en effet, finissent par l'avoir; faites dans les *asiles sanitaires* des salles de *volontaires*, qui seront primées s'il y a lieu, et en tout cas particulièrement bien traitées.

Faites tout cela, et vous aurez sans doute beaucoup fait ; mais vous n'aurez pas fait suffisamment ; car vous ne tenez pas compte des sujets — et ce sont les plus nombreux — qui, bien que contagieux, ne se soucieront d'aucune des mesures prescrites ou conseillées, et ne se soumettront à aucune surveillance, à aucune précaution, à aucune médication.

Il importe néanmoins de réaliser le programme précédent, et d'autres améliorations que votre sagacité et votre amour du bien vous inspireront. Car, *alors seulement*, vous aurez achevé d'établir les droits de la société à exercer la surveillance des prostituées et à sévir contre les réfractaires contagieuses. Car le premier terme de la proposition a l'autre pour corollaire, de même qu'en opposition avec les croix d'honneur il y a les compagnies de discipline.

Aux prostituées dangereuses qui diront : « La maladie, on me l'a donnée, je puis la transmettre », ou bien : « Je n'ai pas le moyen de me traiter ; il faut que je gagne de quoi manger et payer mon loyer », etc., vous pourrez répondre que la mauvaise volonté seule est en cause, et vous aurez le droit de les contraindre à se rendre saines si elles persistent à pratiquer la prostitution, c'est-à-dire à nuire.

La prostituée est l'agent le plus actif de la contagion ; c'est là un fait hors de contestation. La société se doit de mettre cet agent hors d'état de nuire en propageant son mal à l'infini. Y a-t-il, dans l'état actuel de nos connaissances, et tant qu'on n'aura pas l'atténuation du virus et l'immunité, un autre moyen d'atteindre le but que par la surveillance et la réglementation de la prostitution?

Supprimez la prostitution, si vous ne voulez pas l'assainir ! Mais on sait bien que, dans les grands centres, *on ne peut pas supprimer la prostitution*. Donc, il ne reste qu'à l'assainir ; mais il le faut.

Or, il n'y a pour cela qu'un moyen, c'est d'y regarder. Une fois le sujet bien reconnu dangereux, il faut l'isoler et le traiter jusqu'à la disparition des accidents contagieux. Mais n'oublions pas que les accidents contagieux sont minimes, indolents, insidieux, qu'ils récidivent pendant longtemps, fréquemment, à l'insu des malades qui sont tout à fait incapables de justement apprécier leur état de santé.

De quelque côté que l'on aborde le problème, on revient à la conclusion des syphiligraphes nos devanciers : il faut surveiller la prostitution, et par conséquent la réglementer.

Si la réglementation s'impose à un tel point, il faut du moins l'exercer de la manière la plus compatible avec les droits de chacun et avec les mœurs de notre époque. Il faut procéder sans brutalité, sans abus, sans arbitraire, avec bonté, humanité, clairvoyance, compétence. Il faut avant tout se souvenir que si telle personne est privée de liberté, c'est non pour vol ou autre faute, mais simplement pour

fait de maladie. Et cette maladie, c'est l'incurie sociale qui a permis qu'elle la contractât. Et ce n'est pas seulement dans son intérêt personnel qu'elle est mise en traitement obligatoire ; c'est aussi, c'est surtout pour préserver la santé publique, dont elle est, dans une certaine mesure, la rançon.

La société ne peut donc pas ne pas tenir compte des doléances des victimes du système actuel : « Celles-ci se lamentent et protestent parce qu'elles sont traitées en prisonnières et non en malades ».

Ce fait est exact, — et il est inique!

Je ne sais comment les choses se passent à Lyon. Je ne puis pas ne pas être frappé de la bonne santé relative que constatent dans cette grande ville militaire les statistiques de l'année. Rouen, le Havre, Paris, sont, au point de vue sanitaire spécial, des garnisons plus dangereuses que les colonies : de 27 p. 1,000, on tombe à 5 p. 1,000, à Lyon, il y a donc un état de santé relativement satisfaisant. Mais à Paris, tout est à améliorer.

Les visites ont lieu dans un dispensaire unique; par suite, les visites sont lointaines, coûteuses ; il y a perte de temps et perte d'argent ; il faut presque toujours une voiture pour arriver à jour et à heure fixes, jamais le dimanche, etc. Après une longue attente et une nouvelle perte de temps, les examens sont inévitablement superficiels puisqu'il faut examiner environ cent femmes par heure. Ces femmes sont donc peu convaincues de la nécessité, voire de l'utilité de ces visites, pour elles sortes de vexations administratives, à l'occasion desquelles domine sans appel, sans contrôle et à huis clos, l'arbitraire social le plus marqué : exemples, les punitions pour retards de visites, pour promenades en des rues interdites, infractions réglementaires pouvant entraîner trois semaines et plus de privation de liberté, et dans quelles conditions, « *dans les cours* », selon l'expression consacrée à Saint-Lazare, et cela pour des femmes absolument saines.

Sont-elles reconnues malades, c'est sur l'infirmerie qu'on les dirige. Mais, dans l'un et l'autre cas, c'est sur-le-champ qu'elles sont retenues, presque toujours d'une manière imprévue pour elles, et sans qu'elles puissent une seconde de plus veiller à leurs intérêts. Beaucoup, surtout parmi les insoumises, se plaignent d'être ainsi violemment séparées de leurs enfants ; d'autres de ne pouvoir payer leurs termes de loyer, et, quand elles reviennent chez elles plusieurs mois après, de trouver vendus leurs vêtements ou leur mobilier, etc.

On voudrait éloigner la femme soumise de sa visite, et l'empêcher de s'y soumettre volontiers ; on aurait pour but de faire redouter à l'insoumise ces examens d'hygiène, et l'en faire s'en sauver le plus possible, qu'on ne s'y prendrait pas autrement.

Aussi, qu'arrive-t-il? C'est que, parmi les filles soumises, celles-là seules se présentent qui se croient bien portantes. Certaines vont

même consulter leur médecin particulier, avant de se risquer à la visite publique. Au contraire les contaminées, les inquiètes, les suspectes, celles qui n'ont pas confiance, s'échappent ; « elles gagnent le maquis », elles changent de nom, de quartier, se réservant, en cas de détresse, d'emprunter momentanément la carte d'une amie bien portante et en règle ; et elles continuent, tout en faisant leur métier pour subvenir à leurs besoins et même aux dépenses de leur traitement, à propager la maladie de tous côtés, le plus qu'elles peuvent, puisque plus elles « travaillent » plus elles font de gain mais aussi de victimes, en attendant que les hasards d'une râfle les contraignent enfin à se traiter. Mais alors, « elles n'en ont pour ainsi dire ni plus ni moins, à quelques jours ou à quelques semaines près, de la détention arbitraire déjà signalée, que si elles s'étaient spontanément rendues à la visite six mois auparavant ». Or, à les entendre, c'est toujours six mois de gagnés, de sauvés, comme elles s'écrient dans leur inconscience ! C'est que, dans les deux cas, elles sont traitées en coupables, et non pas en malades !

L'alimentation à Paris est celle des prisonnières; elle n'est pas toujours bonne; elle est insuffisante et nullement en rapport avec l'infection dépressive qu'il s'agit de combattre.

Le linge est souvent déchiré, malpropre, le costume humiliant; le chauffage en hiver laisse trop fréquemment à désirer. L'hydrothérapie ne peut être pratiquée, faute de doucheuse. Le vin de quinquina n'est donné que par intermittence, etc.

Les promenades en monôme, les lettres surveillées, les visites, autorisées seulement dans un parloir spécial, grillé, où les parents sont isolés des malades par un couloir sombre où se promène le surveillant. Oh ! ce parloir, il est odieux ! Et bien souvent, en passant au-devant, on se prend à s'écrier : « Pitié pour la pauvre bête humaine ! » Et on se demande comment les malades ont bien pu se rendre spontanément à un examen qui pouvait les conduire là !

Je ne puis entrer ici dans toutes les lacunes d'un pareil traitement. Ce simple aperçu suffira pour démontrer amplement que le système en vigueur est en opposition directe avec le but que l'on s'est proposé d'atteindre, et qui est de diminuer la propagation des maladies. Inutile de dire que le corps médical n'a ici aucune responsabilité, et que ses réclamations, maintes fois formulées, n'ont jamais été entendues. Et pourtant, si défectueux que soit ce régime, même ainsi, il n'est pas sans rendre encore de signalés services à la santé publique. Comme on peut s'en rendre compte dans les statistiques annexées à ce travail, s'il y eut 374 prostituées contagieuses amenées dans mon service à Saint-Lazare, c'est 374 femmes qui, durant un assez long temps, ont été mises dans l'impossibilité de propager leur mal. Comme chacune d'elles voit de 5 à 10 hommes par jour, même en admettant qu'une

notable fraction de ceux-ci, antérieurement contaminée, ait été réfractaire, on peut juger du nombre considérable de maladies contagieuses qui ont été ainsi empêchées de se produire. On n'arrête pas tous les voleurs, et cependant le vol est virtuellement toujours poursuivi, et puni chaque fois que la preuve en est faite.

C'est un calcul de même ordre qu'a fait Butte, à la suite d'une statistique intéressante. « De 1859 à 1889, dit cet auteur, le dispensaire de salubrité de la ville de Paris a reconnu la syphilis 31,228 fois chez des prostituées de toutes catégories. La durée du séjour à Saint-Lazare a été pour chaque cas d'environ 30 jours. Si on multiplie par 30 le chiffre ci-dessus, on voit que pendant 936,840 journées les dites syphilitiques ont été mises dans l'impossibilité de nuire. Si maintenant on songe qu'une prostituée voit cinq hommes par jour, on est véritablement stupéfait du nombre considérable de sujets (sans compter ceux qui auraient été contaminés par le fait des premiers) qui, grâce à la surveillance médicale, ont pu être préservés d'un contact dangereux, etc. »

En résumé, à la prison, il faut substituer l'hospice sanitaire. La maladie n'empêche qu'exceptionnellement le travail; qu'on y annexe donc des ouvroirs, des écoles professionnelles et autres. On mettra ainsi les sujets à l'abri de la misère, et on aura une arme puissante contre la prostitution.

Maintenant se pose la question de savoir quelles sont les prostituées les plus redoutables pour la santé publique; car c'est sur cette distinction que portent les discussions, les critiques et les projets de réforme.

Ce sont les professionnelles qui sont les plus actives propagatrices de la syphilis. Mes statistiques démontrent (V. tableau XIIIe) que c'est dans les trois ou quatre premières années de la vie de débauche que les prostituées contractent — sinon toutes, du moins la grande majorité — la syphilis.

Quelques femmes préfèrent d'emblée la régularisation de leur position. Mais il est contraire à la règle, on peut le dire, de voir débuter dans la prostitution surveillée. Du moins, d'après mes statistiques, c'est la prostitution clandestine qui est le plus souvent pratiquée pendant les cinq premières années ; et c'est là qu'est le danger.

Au bout de quelques années, quatre en moyenne, six au plus, de 17 à 22 ans d'ordinaire, *toutes les prostituées*, soumises ou clandestines, ont la syphilis.

Mais voici où apparaissent les différences capitales.

Les *prostituées agglomérées* en maisons sont surveillées toutes et visitées une fois par semaine (Il faudrait deux fois pour toutes, et davantage pour les suspectes). Il en résulte que chaque poussée nouvelle d'accidents contagieux est guettée, presque immédiatement

reconnue et signalée. Le sujet est isolé presque aussitôt que dangereux, et mis presque sans retard hors d'état de nuire.

Les *prostituées éparses* sont visitées une fois par quinzaine; ce n'est évidemment pas assez : il faudrait au moins une fois par semaine : ce ne serait possible qu'avec des dispensaires multiples, peu éloignés, bien organisés. Mais celles qui viennent sont encore assez promptement mises dans l'impossibilité de propager longtemps leur mal.

Au contraire, les *prostituées clandestines* ne sont surveillées que selon leur bon plaisir ; c'est là le véritable arbitraire, et le plus fâcheux. Dès lors, les syphilides méconnues transmettent leur virus détestable plusieurs fois chaque jour, par chaque femme, et cela indéfiniment, jusqu'au jour où le hasard d'une râfle vient faire tout découvrir. Notons que ces malades ne se traitent pas ou se traitent à peine, parce que la maladie est peu douloureuse, peu gênante, longtemps peu apparente. Mais non ou insuffisamment traitée à son début, la syphilis est plus grave, du moins plus longtemps contagieuse, les récidives plus fréquentes, les victimes plus nombreuses.

La conclusion qui découle de ces constatations est que les *maisons de tolérance* sont moins dangereuses qu'on ne l'a dit d'après des statistiques établies sur des bases défectueuses. Au point de vue hygiénique, il faudrait les conserver, à condition, bien entendu, d'en faire disparaître, comme des râfles, tous les abus qui indignent tout le monde, et qui sont signalés dans les brochures relatives à la « traite des blanches » ; or tout cela n'est pas impossible.

On m'assure de bonne source qu'il n'y a plus à Paris que quinze ou vingt maisons publiques. La prostitution n'est plus agglomérée ; elle est plus libre ; on la voit moins : croit-on qu'elle soit moins active? Ce serait là, qu'on me passe l'expression, un raisonnement d'autruche. Joubert n'a-t-il pas dit que l'hypocrisie était un hommage rendu à la vertu? Est-ce cela que l'on veut? Certes, on sait bien que la prostitution n'a nullement diminué ; elle n'est plus endiguée, canalisée ; on ne l'a plus sous la main, sous les yeux ; elle est moins surveillée : elle est par conséquent plus dangereuse. Ce qu'on a perdu en santé, peut-on dire qu'on l'a gagné en moralité : les souteneurs remplacent les tenanciers; où est le progrès ?

Je me demande pourquoi l'on attache tant d'importance — en paroles du moins — à l'âge et la majorité des prostituées ; c'est de leur santé qu'il faudrait avoir cure. Sur le premier point encore, les statistiques sont instructives. C'est en moyenne à 16 ans que les déflorations ont lieu, en province plus encore qu'à Paris. C'est à 17 ans que la prostitution commence, et alors aussi le péril vénérien pour la société. Les prostituées anciennes et âgées ne sont plus guère à redouter. Toutes ont eu la syphilis, mais depuis assez longtemps pour ne plus pouvoir la transmettre : or, c'est là le point capital.

Il y a eu des vierges à Saint-Lazare; mais la virginité chez elles n'excluait pas la syphilis, et il faut de plus reconnaître que ces jeunes filles, très contagieuses, très dangereuses, étaient aussi les plus vicieuses de la salle. Je me souviens entre autres de deux fillettes, l'une de 9, l'autre de 10 ans, qui sont parties bientôt pour la maison de correction : or, pendant que l'une amusait le monsieur, l'autre vidait ses poches.

Je n'ai envisagé, dans ce travail, que le péril syphilitique, qui peuple nos asiles de dégénérés, d'aliénés, de sourds-muets, d'aveugles; qui produit des avortements, des mort-nés, ou des êtres mutilés, incomplets, inférieurs, caducs, sans vigueur ni physique ni intellectuelle. Mais le péril blennorrhagien doit être pris aussi en sérieuse considération : faut-il noter les ophtalmies des nouveau-nés et les cécités d'origine uréthro-maternelle, les salpingites d'origine si souvent conjugale, lesquelles, comme les orchites de l'homme, s'opposent fréquemment à la fécondation et contribuent pour leur bonne part à la dépopulation et peut-être aussi aux malformations congénitales. Il faut toutefois que tout cela soit dit à qui de droit, entendu, compris; c'est cela qui doit être propagé !

C'est donc, de quelque côté qu'on se trouve, toujours à la même conclusion qu'on aboutit. La société ne peut défendre sa santé, que si elle s'arrange de façon à assainir la prostitution clandestine.

Tout se ferait facilement si les prostituées de cette catégorie n'étaient pas légion, ou si elles venaient spontanément, régulièrement, se faire visiter, traiter, isoler, mais on n'obtiendra ce résultat qu'en procédant par la douceur.

Mais chacun sait que, dans la pratique, il n'en est rien. L'insouciance, la négligence, l'ignorance, la mauvaise volonté, la terreur font que les réfractaires sont les plus nombreuses. S'il y a, et avec raison, des mesures préventives et adoucies pour les volontaires et les soumises, il faut des mesures répressives pour les réfractaires et les clandestines. Or, pour les atteindre efficacement, je ne vois que la déclaration en délit de la provocation habituelle sur la voie publique, du *racolage*, comme on l'a fait à Berne, je crois dès 1885, et comme on propose de le faire en France.

Certes, il importe que toutes ces mesures soient prises avec impartialité, clairvoyance, justice, humanité; il faut qu'elles échappent à l'arbitraire de l'Administration, pour être soumises à une véritable appréciation juridique, éclairée, juste pour toutes également.

La réorganisation du service des mœurs, comme celle des dispensaires, s'impose. Il faut que les recherches soient faites avec plus de douceur et de clairvoyance, non plus par des agents quelconques, mais par des inspecteurs d'hygiène mieux choisis, mieux payés par conséquent, et plus conscients de l'importance de leur mission. Il faut

enfin que la loi vienne supprimer ces intermittences déplorables à tous points de vue, et qui ajoutent encore au discrédit des procédés en vigueur.

Les dépenses pour effectuer ces réformes ne sont pas considérables, si on les compare aux résultats à obtenir. Il faut d'abord bien se pénétrer de cette idée, qu'il ne s'agit ni d'aumône, ni de charité facultatives, mais que ces dépenses sont obligatoires pour une nation civilisée et clairvoyante. Ce ne sont pas les hommes les plus éclairés et les plus libéraux qui s'y opposent, puisqu'il s'agit de combattre des fléaux qui pèsent sur la partie la plus pauvre mais la plus nombreuse du peuple, et par conséquent sur le capital le plus important du corps social. Plutôt que de s'arrêter aux dépenses, que l'on considère plutôt que l'œuvre à accomplir est juste, humanitaire, généreuse, qu'elle combat des souffrances multiples et abolit des misères le plus souvent imméritées, et sans considération de frontières ou de régimes politiques : tout le monde ici est solidaire.

Toutes ces mesures peuvent d'ailleurs avoir une marche parallèle avec les œuvres les plus respectables, celles qui s'efforcent de diminuer le nombre des victimes de la prostitution, création d'écoles professionnelles, d'écoles élémentaires — on peut voir, par les statistiques, combien peu de prostituées savent lire et écrire ; — augmentation des salaires de la femme ; conférence pour faire connaître aux malades et à leur entourage la gravité du mal, la nécessité de se traiter longtemps et suffisamment, les dangers de la contagion ; conférences pour relever la dignité de la femme, etc. A cette dernière ligue, si puissante, il me paraît utile de faire remarquer que moins la femme contribuera à propager la syphilis, plus elle relèvera sa dignité.

Pour tant de mesures et de réformes proposées, pour l'organisation de tous ces services médicaux, juridiques, administratifs, le médecin doit passer la main aux législateurs, aux jurisconsultes.

Mais c'est le médecin qui doit parler le premier ; c'est lui qui connaît le plus à fond toutes les questions d'où doivent dépendre les décisions définitives. C'est à nous que les victimes viennent se confier, demander aide et assistance ; c'est nous seuls qui sommes les confidents et les spectateurs des anxiétés et des désespoirs. Il faut toujours se souvenir que ce sont les classes les plus populeuses, les plus déshéritées, les plus pauvres, les plus malheureuses, les moins éclairées, qui sont le plus cruellement frappées, et que le pays est atteint dans ses parties vives. Selon la juste expression de Laurent, les maladies contagieuses sont les pires malfaiteurs. C'est donc bien la cause de l'humanité que plaide le corps médical. Mais si la syphilis est l'ennemie héréditaire de la race humaine, la civilisation est l'ennemie de la syphilis : dans cette lutte, le triomphe définitif de la science n'est pas douteux. Mais, en attendant, il faut vouloir, il faut

pouvoir se défendre. Il y a là une œuvre grande et féconde à accomplir : honneur à ceux qui auront la clairvoyance de l'entreprendre, et la volonté et la puissance de la faire aboutir!

Statistique vénéréologique (1).

INFIRMERIE SPÉCIALE DE SAINT-LAZARE. — Service de M. le Dr BARTHÉLEMY

Les résultats généraux d'une statistique faite d'après *374* observations de malades, ont été les suivants :

ENTRÉES. SORTIES. SÉJOURS

a) *Entrées.* — Entrées à des époques différentes, entre le *1er août 1891 et le 31 décembre 1893*, soit :

	15 en 1891
	155 — 1892
	204 — 1893
Total.....	374

b) *Sorties.* — Ces 374 malades ont donné, dans le même laps de temps, *329* sorties, dont :

	143 — 1892
	186 — 1893
Total.....	329

222 femmes venaient pour la *première* fois à Saint-Lazare.
152 — avaient déjà fait de *1* à 7 séjours —

c) *Séjours antérieurs.* — Celle, comptant le plus de séjours antérieurs, venait à l'infirmerie pour la *huitième fois.*

16 d'entre elles avaient déjà été soignées pour leur affection spéciale dans divers hôpitaux de Paris ou de la province.

Relativement aux entrées et aux sorties, il a été noté que *20 femmes* sont entrées *2 fois* dans le courant de la *même année* à l'infirmerie.

Durée des séjours. — La durée moyenne à Saint-Lazare a été de *66 jours.*

Séjour *minimum*................. *2* jours.
— *maximum*................. *1 an 7 mois.*

Le plus grand nombre des malades ont fait un séjour de *31* à *60 jours* (123 femmes).

38 sont restées de *1* à *15* jours.
7 — plus de 7 mois.

329 sont donc restées un temps variant entre *16 jours* et 7 *mois.*

(1) Dressée, d'après mes observations, par M. le Dr Jacques et M. Guadalupe, interne du service, que je tiens à remercier publiquement.

AGES DES MALADES

Ages. — La plus jeune malade avait *16* ans.
— âgée — — *52* —
L'âge moyen a été : *24* — *et demi.*

Le plus grand nombre des malades avaient de *16 à 20* ans (144 femmes) :

18 avaient plus de *40* ans.
242 comptaient entre *20* et *40* ans.

En établissant, au point de vue de l'âge, une comparaison entre les femmes originaires de Paris et celles de la province, on trouve :

	PARISIENNE	PROVINCIALE
Age *minimum*............	16	16 1/2.
— *maximum*............	48	50
— *moyen*................	22	25 1/2.

LIEUX DE NAISSANCE

Lieux de naissance. — Sur *268* femmes dont les lieux de naissance ont été connus, on a compté :

86 Parisiennes (nées à Paris ou dans le département de la Seine).
172 Provinciales.
10 Étrangères.

En dehors du département de la Seine, ceux qui ont compté le plus, ont été :

Le Finistère..................................	7
Les Côtes-du-Nord..........	*6*
La Seine-Inférieure............................	*8*
La Seine-et-Marne.............................	*8*
La Seine-et-Oise..............................	*6*
L'Ille-et-Vilaine	5

Ensuite viennent l'Aisne, les Ardennes, l'Eure-et-Loir, la Haute-Saône, le Loiret, la Marne, l'Oise, la Sarthe, Saône-et-Loire, etc.

A noter. — 2 femmes avaient été élevées aux Enfants-Assistés.

MENSTRUATION

a) *Ages de la première apparition des règles.* — *265* femmes ont fait connaître l'âge de la première apparition de leurs règles.

L'âge minimum a été : *10* ans.
— maximum — *21* ans.
— moyen — *14 ans et demi.*

Le plus fréquent a été *14* ans (*44* femmes).

181 femmes ont été réglées pour la première fois avant *15* ans.

193 après cet âge.

A noter. — *1 femme de 42 ans*, née dans le département de la Loire, n'ayant jamais été réglée.

3 femmes entrées à Saint-Lazare et *pas encore réglées; 4 n'étant plus* réglées.

b) Dates des règles (*chaque mois*). — *200* femmes ont fait connaître la date et la durée de leurs règles chaque mois.

La date la *plus fréquente* a été : *entre le 15 et le 20 du mois*, ensuite vient : *entre le 25 et le 31.*

La moins fréquente a été : entre *le 1er et le 5.*

90 étaient réglées avant le 15 du mois.
110 — — après — —

c) *Durée des règles.* — La durée la *plus fréquente* a été : *4* jours.
— *moyenne* — *3* —

Chez *147* femmes les règles duraient moins de 5 jours.
— *53* — — — plus —

d) *Régularité, irrégularité.* — Sur *258* femmes :

188 étaient réglées régulièrement.
70 — — irrégulièrement.

DÉFLORATION

a) *Ages de défloration.* — Pour *260* femmes, l'âge de défloration a été connu. On a trouvé :

Age minimum *11 ans et demi.*
— maximum *26 ans* (provinciale), *23 ans* (parisienne).
— moyen *16 ans et demi.*

L'âge de *16 ans* a été le *plus fréquent* (51 femmes).

133 ont été déflorées avant *17* ans.
106 — — de *17 à 20 ans.*
21 — — après *20 ans.*

b) *Rapports entre l'âge de défloration et celui de la première apparition des règles.* — D'après *255* résultats connus, on a compté :

Que *25* femmes avaient été déflorées avant l'apparition des premières règles.
— *33* — la même année des premières règles.
— *83* — de 1 à 2 ans après — —
— *114* — de 2 à 14 ans après — —

Le temps *maximum*, entre un âge de défloration antérieur à celui de l'apparition des premières règles et ce dernier, a été : *4 ans.*

Le temps le plus long écoulé entre un âge de première apparition des règles et l'âge de défloration postérieur, a été : *14 ans.*

En moyenne, l'âge de défloration a suivi, *3 à 4 ans* après, celui de la première menstruation.

A noter. — Sur *148* femmes nées en province :

60 ont déclaré avoir été déflorées à Paris ;
88 — — — en province.

PROSTITUTION

a) *Ages de prostitution.* — *225* âges de prostitution ont été connus.

L'âge *minimum* a été : *14* ans.
— *maximum* — *42* ans.
— *moyen* — *20 ans et demi.*

Le plus fréquent a été *17* ans.

132 femmes se sont prostituées, pour la première fois, à un âge compris entre *14* et *20* ans ;
80 femmes à un âge compris entre *20* et *30* ans ;
13 — — après *30 ans.*

b) *Temps écoulé entre l'époque de défloration et celle de prostitution.* — Comme rapport entre l'âge de défloration et celui de prostitution, il faut noter (d'après *208*) *qu'en moyenne* l'âge de prostitution a suivi *4 ans* après celui de défloration.

Le temps maximum entre la défloration et la prostitution a été : *20 ans.*

45 femmes se sont prostituées la *même année* qu'elles ont été déflorées.

120 femmes se sont prostituées de *1 à 5* ans après ;
27 — — de *5 à 10* —
16 — — de *10 à 20* —

Bien souvent, l'âge de défloration et celui de prostitution ont été le même ; quelquefois le jour même de la défloration.

A noter. — *2 femmes se sont prostituées* avant d'être réglées.

c) *Femmes déclarant ne s'être jamais livrées à la prostitution.* — De ces *374* femmes envoyées à Saint-Lazare :

34 femmes ont prétendu ne s'être jamais livrées à la prostitution, dont : *11* Parisiennes ;
23 provinciales ;

Parmi lesquelles *2* seulement *sans profession.*

d) *Prostituées par misère.* — *16* femmes ont déclaré avoir été poussées à la prostitution par la misère ; dont : *3* parisiennes,
13 provinciales.

A savoir : 4 domestiques,
1 caissière,
3 femmes de chambre,
1 casquetière,
2 cuisinières,
2 couturières,
1 blanchisseuse,
1 boutonnière,
1 fille de restaurant.

PROFESSIONS

Professions. — Sur *374* femmes, *285* ont dit exercer une profession. Les *plus fréquentes* ont été :

Couturières	59
Domestiques	50
Blanchisseuses	32
Fleuristes	18
Modistes	7
Mécaniciennes	5
Femmes de ménage	5
Bonnes à tout faire	7

A noter. — Parmi les autres professions : lingères, brodeuses, plumassières, cartonnières, passementières, etc., etc., *1 caissière*, *1 artiste*.

FILLES SOUMISES

a) Ages auxquels les femmes ont été déclarées soumises. — *131* femmes ont déclaré l'âge auquel elles ont été déclarées soumises. *Le plus fréquent* a été de *19 à 21 ans* (*44* femmes).

L'âge *maximum* a été *49* ans (provinciale).
— — — *45* — (parisienne).
— *minimum* — *15* —
— *moyen* — *23* — (provinciale).
— — — *19* — (parisienne).

62 femmes ont été déclarées soumises *avant 20 ans*.
59 — — — — *de 20 à 30 ans*.
10 — — — — *après l'âge de 30 ans*.

b) Rapports entre âges de filles soumises et âges de prostitution. — Sur *131* femmes :

42 ont été déclarées soumises la même année que celle de la prostitution.
33 un an après.
41 de *2 à 5 ans* après.
15 plus de *5 ans* après.

Le temps écoulé entre l'*âge de prostitution* et celui de *fille soumise* a été en moyenne de *2 ans et demi*.

c) *Temps comme filles soumises.* — Sur 125 femmes soumises :

10 étaient soumises depuis moins d'*un* an.
62 — — *1 an* à 5 ans.
37 — — 5 à 10 ans.
12 — — 10 à 20 ans.
4 — — *plus de* 20 ans.

Dont 1 depuis 28 ans.
Le *temps moyen* comme femmes soumises a été de 5 *ans et demi.*

INSOUMISES

a) *Temps comme filles insoumises.* — Sur 102 insoumises :

38 étaient prostituées comme insoumises depuis *moins d'un an.*
56 — — — depuis de 1 à 5 ans.
6 — — — de 5 à 15 ans.
2 — — — plus de 15 *ans.*

Dont 1 depuis 27 *ans.*
La moyenne du temps de prostitution, comme insoumises, a été de 3 *ans.*

A. — *Femmes en maison.* — Des 374 femmes :
7 avaient été en maison.

B. — *Femmes mariées.* — Il y avait 17 femmes mariées :
14 provinciales,
3 parisiennnes,
pour lesquelles : l'*âge du mariage* en moyenne avait été : 19 *ans.*

5 femmes étaient *veuves* (âge moyen du veuvage : 26 ans).
8 — — *séparées* (— de séparation : 25 ans).

Ces femmes mariées s'étaient *prostituées*, à un âge estimé en moyenne à 27 *ans.*

Des mariages étaient nés 34 *enfants;* il y avait eu 5 *fausses couches.*

GROSSESSES. COUCHES A TERME. FAUSSES COUCHES

a) *Grossesses.* — 113 femmes ont eu : une ou plusieurs grossesses, lesquelles ont été au nombre de 202, dont :

161 couches à terme,
41 fausses couches ou couches avant terme.

b) *Couches à terme.* — Les 161 couches à terme se répartissent ainsi :

59 femmes ont eu	*1*	couche à terme	(59)
21 — —	*2*	— —	(42)
8 — —	*3*	— —	(24)
3 — —	*4*	— —	(12)
1 — —	*5*	— —	(5)
1 — —	*6*	— —	(6)
1 — —	*13*	— —	(13)

c) Enfants nés à terme, vivants. — *90* femmes ont eu des enfants à terme, vivants au nombre de *159.*

De ces *159* enfants :

72 vivaient (en 1892-1893)
87 étaient morts —

A noter. — La femme ayant eu le plus d'enfants venus à terme vivants, en a eu : *8.*

L'âge le *plus fréquent* des couches à terme, avec enfants vivants, a été dans l'ordre suivant :

17 ans			
18 —	l'âge *minimum*	*15*	ans
19 —	— *maximum*	*47*	—
21 —	— *moyen*	*18*	ans et demi.

d) *Fausses couches.* — Pour les fausses couches et pour 33 femmes :

L'âge minimum a été *16* ans.
— maximum — *31* —
— moyen — *21* —
— le *plus fréquent* de *18* à *20* ans.

Ces fausses couches ont eu lieu le plus souvent au *troisième mois de la grossesse*, puis, au point de vue de la fréquence, dans l'ordre suivant :

Quatrième mois.
Sixième —
Septième —
Huitième — etc.

A noter. — Sur les *161* couches à terme :

4 avec enfant mort-né.

SYPHILIS

Primitive.

Sur *374* malades :

a) *Syphilis primitive.* — *23* présentaient, à leur entrée à Saint-Lazare, le chancre syphilitique.

Celui-ci, siégeait *le plus souvent* :

1° aux petites lèvres (7 femmes).
2° — grandes lèvres (6 —).

Le minimum de *séjour* de ces 23 femmes à Saint-Lazare, a été : *15 jours.*

Le maximum, *180 jours.*

En moyenne, *80 jours.*

Secondaire et tertiaire.

b) *Roséole et Syphilides.* — *238* femmes présentaient des manifestations secondaires, celles qui sont le plus contagieuses :

ROSÉOLE et SYPHILIDES.

dont : *Roséoles*............ *16* femmes

Syphilides (sans autre désignation)	56	Femmes
— Pigmentaires.........	47	—
— Macules..............	16	—
— Papuleuses...........	36	—
— Papulo-Squameuses...	8	—
— Pustuleuses..........	3	—
— Papulo-érosives.......	31	—
— Ulcéreuses...........	15	—
— Circinées............	9	—
— Psoriasiformes.......	1	—

Ces femmes présentant des syphilides diverses ou la roséole, ont suivi un traitement :

Minimum de *8 jours.*
Maximum — *6 mois.*
En moyenne — *65 jours.*

c) *Syphilides secondaires des muqueuses.* — *56* femmes avaient des lésions spécifiques muqueuses. Le siège le plus fréquent de ces dernières a été :

La *vulve*........................ 13 femmes.
Puis : l'*anus*.................... 7 —
La *langue*...................... 8 —
Les *amygdales*.................. 5 —

Durée minimum du traitement à Saint-Lazare *9 jours.*
— maximum *6 à 7 mois.*
— moyenne *2 à 3* —

d) *Affections syphilitiques diverses.* — *134* femmes étaient affectées d'accidents syphilitiques autres que roséole, syphilides, plaques muqueuses. Par ordre de fréquence on a trouvé :

Angines syphilitiques	27	femmes.
Hypertrophies amygdaliennes	18	—
Alopécies syphilitiques	14	—
Adénopathies	33	—
Affections oculaires	10	— etc., etc...

e) *Ages de la syphilis.* — D'après *106* observations de femmes syphilitiques, on a trouvé :

Que pour *24* d'entre elles, la syphilis remontait à *moins d'un an*, au moment de leur entrée à Saint-Lazare ;

69 avaient la syphilis depuis *1 an à 5 ans.*
7 — — — 5 — *10* —
6 — — *depuis plus de 10 ans.*

La syphilis la *plus ancienne* remontait à *34 ans.*

En moyenne celle-ci remontait à *4 ans.*

A noter. — Sur *106* femmes syphilitiques, *30* ont eu *une* ou *plusieurs grossesses.*

f) *Rapports entre l'âge de prostitution et celui de syphilisation.* — Le temps écoulé, entre l'âge de prostitution et celui de syphilisation, a été :

En moyenne *3 ans.*
Au maximum *10* à *15 ans.*

Sur *87* femmes on en a trouvé :

28 ayant eu la syphilis, *la même année* que celle du début de la prostitution.
50 de *1* à 5 ans après
7 de 5 à *10* — —
2 plus de *10 ans.* — —

A noter. — *2 syphilis héréditaires.*

CHANCRELLES

A) *Chancrelles.* — Sur *374* malades,
15 femmes présentaient des chancrelles.

Les parties, le plus souvent affectées, étaient :

Anus	4	femmes
Grandes lèvres	2	—
Vagin	2	— (etc.).

La moyenne du *séjour* à Saint-Lazare pour ces malades, a été : *54 jours.*

BLENNORRHAGIE (*Inflammations. Écoulements. Catarrhes*).

B) *Blennorrhagie.* — On a eu à traiter : *840* affections d'angine blennorrhagique, à savoir :

Uréthrites aiguës isolées	72
— chronique	1
Vulvites	20
Bartholinites	11
Vaginites	186
Endométrites aiguës	44
Métrites cervicales	174
Catarrhes (limpides)	54
— (purulents)	98
Salpingites	2
Ovarites (similaires des orchites)	3
Adénopathies (iliaques)	3
Ulcérations (col, fourchette, lèvres ; herpès d'origine blennorrhagique)	95
Végétations	77

Le plus fréquemment, les *végétations* siégeaient :

A la *vulve*,
A l'*anus*,
Ou à l'*urèthre*, etc.

La durée *moyenne* du traitement a été pour ces affections :

Uréthrites	70 jours
Vulvites. Bartholinites	110 —
Vaginites	69 —
Endométrites aiguës	65 —
Métrites avec catarrhes	54 —
Métrites avec ulcérations	70 —

Le *molluscum contagiosum*, par sa fréquence et sa contagiosité, mérite une place toute spéciale, non signalée jusqu'ici, parmi les affections vénériennes.

Les *tatouages* (21 0/0) sont, dans la population de Saint-Lazare, pour les deux tiers allégoriques, symboliques et sentimentaux ; et pour un tiers, érotiques. Aucun n'est pornographique.

M. Augagneur. — La question de la prophylaxie de la syphilis est extrême ment grave et je crois qu'il faut la prendre à un point de vue nouveau J'ai autrefois soutenu la thèse de la réglementation, j'ai depuis complètement changé d'avis. Remarquons tout d'abord qu'il ne peut ici s'agir que de la syphilis, car pour ce qui est de la blennorrhagie, la surveillance est nécessairement impuissante à dépister les formes chroniques pour peu que les malades cherchent à les cacher.

Il est impossible actuellement de se tenir sur le terrain purement médical et scientifique, il faut aussi tenir compte de l'opinion publique ; or celle-ci est absolument opposée aux lois répressives. Au demeurant, la

répression est injuste, car elle n'atteint que la femme, en permettant à l'homme de répandre impunément la maladie dont il est affecté. Elle est de plus en plus impuissante, car les maisons fermées disparaissent de jour en jour, la prostitution libre est impossible à surveiller et la prostitution clandestine augmente aux dépens des deux autres. Il est difficile de baser sa discussion sur les statistiques, car toutes, même les statistiques militaires, présentent trop de causes d'erreur ; cependant je remarquerai qu'à Lyon, la surveillance de la police est moins active, moins sévère qu'autrefois, et cependant la syphilis paraît être plutôt en voie de diminution dans le XIVe corps d'armée.

De ce qui précède, il résulte que je considère comme impraticables les mesures proposées par M. Dron. S'il est impossible d'aborder la difficulté de front, on peut la tourner et il est des lois accessoires qui pourraient améliorer la situation.

Il est facile de s'assurer que la plupart des hommes infectés le sont dans certains établissements de boissons qui sont des foyers de prostitution clandestine. La loi qui a permis à tout individu d'ouvrir un cabaret a plus que toute autre chose contribué à répandre la syphilis. Il faudrait donc réglementer le nombre des débits de boisson.

Il est certains préjugés et certains règlements relatifs au traitement des vénériens qu'il faudrait abolir. Dans les hôpitaux de vénériens les malades se sentent trop enfermés, trop surveillés. Quand un soldat a contracté une maladie vénérienne, il cherche autant que possible à la cacher, car si elle vient à être reconnue, il en résulte une tare qui peut nuire à son avancement. Il faut donc rendre les hôpitaux de vénériens plus abordables, moins rébarbatifs pour que les malades se laissent plus facilement soigner.

M. Feulard. — On ne peut cependant pas laisser aux malades toute liberté d'entrer et de sortir. A Saint-Louis, où les malades sont libres, on en voit en pleine éruption de plaques muqueuses, qui, le samedi, réclament du directeur leur sortie qui malgré l'opposition du chef de service ne peut leur être refusée. Elles rentrent ensuite le lundi après avoir passé la journée du dimanche à distribuer leur maladie.

M. Balzer. — Je ferai la même remarque pour les hommes. Il faudrait cependant faire cesser le régime d'exception auquel sont soumis les vénériens. C'est ainsi qu'on ne les reçoit pas dans les asiles de convalescents. Il est cependant de nombreux cas où une ou deux semaines de séjour à la campagne seraient fort utiles.

M. Verchère. — Le régime hospitalier de Saint-Lazare est encore bien insuffisant. On pourrait beaucoup mieux rendre l'hospitalisation obligatoire pour toutes les prostituées malades, si l'hôpital était autre chose qu'une prison. Je suis tout à fait partisan des moyens indirects proposés par M. Augagneur, et je crois que si dans les hôtels on appliquait rigoureusement les règlements de police existants on entraverait beaucoup la prostitution clandestine, mais je ne voudrais pas cependant qu'on se privât complètement des moyens directs.

M. Augagneur. — Je ne demande pas la suppression de la surveillance, seulement je ne crois pas en son efficacité. Les règlements actuels sont insuffisants et l'on ne peut pas songer à les aggraver.

M. Gémy. — Je pense aussi que la liberté des débits de boisson est une des principales causes de dissémination de la syphilis. Il faudrait fermer un grand nombre de débits qui sont des maisons de prostitution clandestine, et favoriser les maisons fermées.

La visite médicale n'est pas bien faite, parce qu'il y a trop de femmes à voir. Il faudrait d'une part augmenter le nombre des médecins chargés de cette surveillance et dispenser de la visite toutes les femmes dont la syphilis remonte à plus de quatre ans. Les médecins ayant ainsi moins de femmes à voir, les examineraient mieux.

M. Feulard. — Cette question de la surveillance de la prostitution et de la prophylaxie de la syphilis revient régulièrement depuis nombre d'années devant les congrès et les sociétés. Bien des vœux ont été émis qui sont restés d'ailleurs tout platoniques et ceux que nous pouvons faire aujourd'hui, risquent à leur tour aussi d'avoir le même sort. Cependant il semble, à certains indices, qu'on veuille tenter quelque chose et nous aurions tort de nous désintéresser de la question au moment même où elle va être posée devant les pouvoirs publics.

La proposition de loi récemment déposée par M. Bérenger vise justement ces débits de boissons et ces hôtels garnis, vrais repaires de la prostitution clandestine si dangereuse et nous devons faire des vœux pour que ce projet soit voté. Il contient encore des dispositions importantes relatives à la provocation sur la voie publique qui serait assimilée à un délit. Il y aura certainement quelque difficulté à obtenir ce vote, mais cependant il serait bien désirable pour les prostituées elles-mêmes, qu'on fasse rentrer ces malheureuses dans le droit commun. Quand leur situation sera légalement définie, il sera peut-être plus facile d'aborder la question sanitaire. La diminution des maisons de prostitution est regrettable ; car l'idéal en matière de surveillance serait de pouvoir réunir toutes les filles dans ces maisons. La préfecture de police, à Paris, sans vouloir essayer de ressusciter les maisons de tolérance proprement dites dont le public semble perdre le goût, essaie du moins de favoriser la création de maisons de rendez-vous qui sont préférées parce qu'elles laissent à leurs clients un certain degré d'illusions, mais dans lesquelles toutes les filles reçues sont des filles en cartes, c'est-à-dire soumises aux visites. Sur les visites elles-mêmes il y aurait beaucoup à dire et cela nous entraînerait trop loin ; elles sont utiles, personne n'en doute je crois, et c'est le seul moyen efficace que nous ayons ; mais elles ne rendent pas les services qu'on en attend parce que forcément elles sont mal faites. Les médecins trop peu nombreux ont trop de femmes à visiter, et à ce propos ne conviendrait-il pas de modifier la façon de faire actuelle.

Au lieu de passer continuellement les mêmes femmes à la visite sans s'informer si elles ont eu oui ou non la syphilis, ne serait-il pas plus profitable de créer pour chacune, comme cela existe en Russie, un cahier sanitaire et de cesser par exemple de visiter les prostituées syphilitiques

ayant dix ans ou peut-être moins de syphilis, et ayant fait un traitement sérieux constaté par le livret. On diminuerait ainsi de beaucoup le nombre des visites; car on voit toujours et inutilement revenir les mêmes femmes, syphilisées la plupart de vieille date, et on encouragerait les malades à se faire traiter, la délivrance de la visite étant une sorte de prime à un traitement bien fait. Tous les efforts doivent porter sur la visite des prostituées jeunes et sur le traitement à leur faire suivre.

Note sur quelques cas de syphilis sans chancre initial et sur quelques symptômes prémonitoires de la syphilis.

Par M. Cordier, chirurgien de l'Antiquaille.

Depuis longtemps déjà j'ai suivi avec persévérance les malades qui, tourmentés par un coït suspect, guettent chaque matin l'éclosion de l'accident primitif.

C'est ainsi qu'il m'a été possible de réunir, soit en ville, soit à l'hôpital, un grand nombre de faits, et d'arriver à cette conviction que, dans 27 p. 100 des cas chez l'homme, plus souvent chez la femme, la syphilis se manifeste par ses accidents secondaires, sans symptôme primitif apparent, c'est-à-dire sans chancre, sans adénopathie locale.

Je peux vous citer plus d'une observation absolument concluante, celle-ci par exemple :

Un jeune homme soigné à la consultation gratuite, pour des adénites caséeuses cervicales, nous annonce qu'il a eu, pendant trois jours consécutifs, des rapports fréquents avec une jeune fille admise le jour même aux Charmettes pour des accidents secondaires.

Sur sa demande et suivant notre désir il entre lui-même à l'hôpital pour sa tuberculose ganglionnaire. Là, pendant deux mois, il est examiné pour ainsi dire chaque jour par lui-même et par nous tous, et c'est après ces soixante jours qu'il nous montre des syphilides papuleuses secondaires, sans avoir présenté nulle part, ni dans la région buccale, ni dans la région ano-génitale, la moindre érosion, la moindre induration, la moindre adénopathie.

Je n'insiste pas, plusieurs d'entre vous ont, sans doute, observé des faits semblables, mais aucun ne peut être plus démonstratif.

Vous me permettrez de vous rapporter encore, aussi succinctement que possible, cette autre observation, parce qu'elle est bien différente et offre un double intérêt.

Il s'agit d'un jeune homme qui, à l'âge de 24 ans, vient d'avoir pour la première fois des rapports sexuels avec une fille plus jeune mais moins novice. Comme il avait un phimosis assez serré, sous l'influence du coït une légère déchirure se produisit qui transforma son phimosis en paraphimosis. Le pauvre garçon, effrayé, vint me voir dès le matin, accompagné de la jeune fille qui essayait en vain de le consoler.

Je pus réduire facilement, et ceci fait, la jeune fille, pour bien prouver qu'elle n'était pas malade, qu'elle n'était pour rien dans l'accident, voulut absolument se faire visiter.

A ma grande surprise, elle portait, sur les grandes et les petites lèvres, des plaques muqueuses.

Malgré mon scepticisme sur l'utilité de l'excision, scepticisme justifié par mes insuccès antérieurs, l'infection était si récente et l'indication si formelle, que je proposai de pratiquer, séance tenante, la circoncision. Le malade ne voulut pas y consentir, mais il s'y décida pendant la journée, probablement sur l'avis conforme d'un confrère, et le lendemain matin, soit trente-six heures au maximum après la contagion, j'enlevai tout le prépuce.

La réunion fut immédiate ; il n'y eut qu'un peu d'œdème persistant, comme il arrive toujours après les paraphimosis, mais on ne constata pas trace d'ulcération, pas trace d'adénopathie. Seulement, cinquante jours après, le malade accusait de la céphalée vespérine, et les jours suivants me montrait une roséole syphilitique indiscutable. Il y a bientôt un an, et malgré le traitement régulièrement suivi les plaques muqueuses reparaissent encore.

Ces seuls faits suffiraient à prouver, si ce n'était fait déjà, que la syphilis peut évoluer sans débuter nécessairement par le syphilome initial et sa pléïade ganglionnaire. La deuxième observation démontrera, ne fût-ce qu'à mon ami Jullien, que l'excision, même avant la lettre, ne met pas à l'abri des accidents secondaires.

Mais, j'ai hâte de vous le dire, ce n'est pas là qu'est l'intérêt de ma communication. En examinant avec patience ces malades en expectation de syphilis, j'ai pu me convaincre que si le chancre fait défaut dans certains cas, dans d'autres plus nombreux il n'est pas toujours la première manifestation de l'infection.

Quelquefois, et ceci avant l'apparition de l'accident primitif, huit, dix, quinze jours ou plus, après la contagion, on voit survenir, dans la région infectée, tantôt une poussée d'herpès plus ou moins confluente, tantôt une balanite, une balano-posthite plus ou moins étendue.

Ces accidents ne présentent d'ailleurs rien de spécial dans leur évolution ; les poussées d'herpès sont fugaces et disparaissent spontanément ; les balano-posthites guérissent en quelques jours par l'acide borique en poudre, ou mieux par quelques badigeonnages avec la solution alcoolique de violet de méthyle.

En général, tous les symptômes on disparu depuis quelques jours quand apparaît le chancre initial.

Cependant, pour peu que l'herpès, que la balanite se manifestent plus tardivement, le chancre pourra coïncider, et un observateur non prévenu confondra ces lésions.

Il est bien entendu que je ne considère pas ces symptômes prémonitoires comme des manifestations syphilitiques, mais bien comme

des troubles de nutrition, des troubles trophiques consécutifs aux lésions vasculaires et nerveuses qui existent déjà sur place bien avant le syphilome initial.

Envisagés ainsi, ces accidents prémonitoires n'en ont pas moins au point de vue clinique une réelle importance.

Quand survient une poussée d'herpès chez un malade qui n'en a jamais eu autrement, quand se manifeste une balanite que n'expliquent pas des applications irritantes ou des rapports sexuels très récents, il est sage de faire des réserves au point de vue de l'évolution ultérieure de la syphilis. Bien souvent je me suis félicité d'avoir agi ainsi; bien souvent, à l'hôpital, les internes et les élèves du service ont pu constater combien en pareil cas mes prévisions ou mieux mes réserves pessimistes étaient justifiées.

Je me résume en un mot : quand on examine systématiquement une série de malades exposés pas des coïts suspects à des accidents syphilitiques, on peut se convaincre que les éruptions herpétiques signalées sont au moins trois fois plus fréquentes chez le malade réellement contaminé que chez les hommes qui restent indemnes.

M. Verchère a également observé un cas de syphilis ayant débuté par les accidents secondaires.

Érythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez une cancéreuse.

Par M. Barbe

L'apparition d'éruptions prémycosiques au cours du cancer n'a pas encore été observée, à ma connaissance du moins ; aussi le fait suivant m'a-t-il paru digne d'être signalé.

V..., sans antécédents morbides, a consulté, le 9 mai 1889, le Dr C. Monod pour une tumeur du sein gauche dont elle avait reconnu la présence dix jours auparavant. Les détails de l'observation, je les dois à l'obligeance de M. Monod et je tiens à l'en remercier ici. Depuis six mois, cette femme n'était plus réglée et se plaignait de sensations de chaleur aux seins. A la palpation, la tumeur paraissait avoir à peu près le volume d'une pomme ; il n'y avait pas de ganglions appréciables dans l'aisselle ; toutefois l'examen de cette région était un peu douloureux. Le 7 juin, la tumeur fut enlevée largement avec l'aponévrose du grand pectoral ; quelques ganglions dégénérés furent trouvés dans le creux axillaire et extirpés. La tumeur avec la graisse qui l'enveloppait, pesait 1 kil. 300 gr. ; elle était grosse comme une petite pêche. A la coupe, elle présentait une consistance ferme et une coloration grise assez semblables à celles du squirrhe. Malheureusement la tumeur, qui devait être examinée histologiquement, fut égarée ; il existe donc dans l'observation une lacune fort regrettable. Tou-

tefois, pour M. Monod, il s'agissait certainement d'un squirrhe du sein, mais cette opinion ne repose que sur l'aspect macroscopique de la tumeur.

De l'année 1889 au commencement de 1893, la malade ne présenta rien de particulier ; mais le 4 mars 1893, elle s'aperçut d'une certaine tuméfaction au niveau de la première pièce du sternum. Au 22 avril cette tuméfaction avait beaucoup augmenté.

Au mois de juin, alors qu'elle était au bord de la mer, V..., constata pour la première fois l'apparition dans le dos de plaques érythémateuses qui auraient duré quelques semaines, puis qui auraient disparu à la suite de l'application d'une pommade. Ces plaques reparurent en octobre, elles furent alors observées par le Dr Monod et ne tardèrent pas à se généraliser, pendant un certain temps du moins.

Au commencement du mois de janvier 1894, j'eus l'occasion de suivre la malade pendant quelques semaines. Celle-ci, de constitution robuste, atteinte d'un certain degré d'obésité, avait la face couverte d'un érythème d'un rouge tout particulier, rappelant la teinte du cinabre ; il n'y avait pas un point de la face épargné ; seules les oreilles étaient indemnes. La malade présentait tout à fait l'aspect congestionné d'une personne qui vient de courir pendant quelque temps. Le cou était indemne, ainsi que le tronc et les membres inférieurs, mais aux membres supérieurs, la face dorsale des mains et des avant-bras était couverte de larges plaques érythémateuses se confondant entre elles sur certains points et ayant la même teinte cinabre que le visage. Fait particulier, ces efflorescences n'étaient pas accompagnées de démangeaisons marquées ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce fait à propos de la discussion du cas. Comme dans la plupart des observations d'érythrodermie qui ont été rapportées, il n'y avait pas trace de desquamation. L'état des ganglions n'a pu être relevé, la malade étant assez obèse, comme nous l'avons signalé tout à l'heure. V..., fut soumise à un traitement arsenical, qui n'amena aucun changement dans la coloration de la face et des mains.

Quant à la tumeur du sternum, elle avait notablement augmenté de volume et, s'était même étendue vers les cartilages costaux du côté gauche. La malade accusait dans le dos, au niveau de l'omoplate gauche, des douleurs très vives qui l'empêchaient de dormir et qui étaient dues très probablement à la production d'une tumeur sur le côté gauche de la colonne vertébrale, à la face interne du thorax, mais sans saillie à l'extérieur. Rien de particulier à signaler du côté des viscères.

Je perdis de vue la malade, mais j'appris dans la suite que celle-ci avait succombé par extension du cancer sternal vers le médiastin.

Quant à l'érythrodermie, elle aurait disparu aux poignets et un peu pâli à la face quelque temps avant la mort ; mais aucun phénomène nouveau ne serait survenu, pas ombre d'une tumeur mycosique.

A mon très grand regret, ni l'autopsie ni l'examen histologique de la tumeur sternale n'ont pu être faits, pour des raisons particulières.

En présence de cet érythème chronique d'une teinte toute particu-

lière qui n'avait jamais présenté de desquamation, qui avait subi une certaine régression, comme le fait a déjà été signalé dans de semblables cas, le seul diagnostic que l'on pouvait poser, c'était celui d'érythrodermie mycosique ; la teinte cinabre de cette érythrodermie ne s'oublie plus quand on l'a vue une fois. Mais un signe important manquait pour compléter le tableau : si on relit la description minutieuse qui a été faite par MM. Besnier et Hallopeau des érythrodermies scarlatiniformes prémycosiques, on voit qu'elles sont toujours le siège de démangeaisons violentes ; ici ces démangeaisons existaient, mais elles étaient très supportables.

Dans ce cas, il ne pouvait être question d'une éruption médicamenteuse, ni de pellagre, ni de cette forme de lupus érythémateux appelée lupus exanthématique, ni de dermatite exfoliatrice : la malade ne prenait aucun médicament ; ce n'était pas l'érythème tout à fait spécial de la pellagre ; ni la couleur des plaques, ni l'état général du sujet ne permettaient non plus d'admettre le lupus érythémateux ; l'absence de desquamation faisait rejeter l'hypothèse d'une dermatite exfoliatrice. Enfin, dernier détail important, la malade a été vue par le Dr Gaucher qui a pleinement confirmé ma manière de voir.

Mais cette éruption survenant au cours d'un cancer récidivant, était-elle une simple coïncidence, ou y avait-il une relation entre ces deux manifestations ? Nous ne pouvons répondre à cette question, puisque l'examen histologique des pièces n'a pas été fait.

Il aurait été très important d'être fixé sur la nature de la tumeur sternale, de savoir à quelle variété de cancer on avait affaire. Était-ce un carcinome, ou un sarcome ?... D'autre part on sait que deux théories principales ont été émises sur la nature du mycosis fongoïde, celle du granulome infectieux et celle du sarcome.

Mais encore une fois, comme l'examen microscopique manque, nous ne tirerons aucune conclusion de ce cas ; nous nous contenterons simplement de l'avoir exposé, tel que nous l'avons observé.

Sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux disséminé de la face et des membres.

Par le Dr CH. AUDRY, de Toulouse.

On sait que la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est contestée par la grande majorité des observateurs. On ne peut oublier que M. Besnier n'a cependant jamais cessé d'y voir une tuberculose. La seule observation clinique, la manière dont finissent habituellement les porteurs de ces lésions étaient sans doute de bons arguments en faveur de sa manière de voir ; cependant les histologistes ne cessaient

point d'opposer des résultats négatifs. Le hasard nous a permis de faire l'étude complète d'un malade qui vint mourir dans notre clinique. Il nous semble que cette observation permet d'affirmer que le lupus érythémateux cliniquement le plus caractérisé peut offrir des marques indiscutables de sa nature tuberculeuse, et cela dans ses lésions personnelles, si l'on peut ainsi parler.

Du reste, je résume brièvement dans son titre l'histoire de ce malade :

Lupus érythémateux disséminé de la face et des membres, datant de plusieurs années. Tuberculose pulmonaire ancienne, granulie généralisée. — Mort. Autopsie.

Une des lésions de la peau offre des lésions tuberculeuses très développées, une seconde, des nodules tuberculeux rares mais typiques; les altérations de la troisième plaque sont complètement indemnes de stigmate de tuberculose apparente.

L..., menuisier, âgé de 58 ans, né à Dax, actuellement errant et misérable, entre à ma clinique le 7 mai 1894.

Pas d'hérédité ; à 20 ans, ictère ayant duré 8 jours. En 1886, séjour de trois semaines à l'hôpital Beaujon pour une anasarque qui guérit. Le malade ne peut fournir aucun renseignement précis sur la date du début des accidents cutanés ; il est certain qu'ils remontent à une époque très éloignée et n'ont jamais été traités. En tout cas les lésions ont toujours évolué avec une extrême lenteur et très froidement, à sec et sans poussées inflammatoires. Sur la cuisse droite, au niveau du condyle interne du fémur, cicatrice adhérente remontant à l'extrême enfance.

Le malade s'est présenté à l'hôpital non pas en raison des lésions du tégument, mais parce qu'il tousse et s'affaiblit et que les pieds sont un peu enflés. Il se trouve à son entrée dans l'état suivant (1).

Lésion de la peau. — A. Sur la face : au niveau de la branche montante gauche du maxillaire inférieur, depuis le tragus jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire, depuis le milieu de la région parotidienne jusqu'à trois travers de doigt en avant du bord postérieur de la branche montante, le tégument présente une surface entièrement glabre (le malade porte une barbe entière assez abondante d'une couleur fauve), un peu déprimée, recouverte de squames brunes, minces, très adhérentes. On ne découvre aucune trace de papule ou de nodule ; pas de rebord net ; à peine une légère rougeur avec une infiltration minime indique la limite de la lésion. L'épiderme est diminué, atrophié, souple. Le lobule de l'oreille est non pas détruit, mais ratatiné, flétri : nous avons déjà dit que les poils de la barbe ont disparu. Il n'existe pas de douleur spontanée ou provoquée. Aucune trace d'ulcération ou de nécrose.

B. Sur la face antérieure de la jambe droite, au devant du tibia, s'éten-

(1) Obs. clinique rédigée avec l'aide des notes de M. Tailhefer, mon interne. M. Daunic, chef du laboratoire des cliniques, a bien voulu nous aider à faire l'autopsie, et a fait l'étude histologique des viscères, et les recherches de bacilles.

dant du cou-de-pied à cinq travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure de cet os, sur une largeur moyenne de cinq centim. on constate une seconde et vaste lésion contemporaine de la première et évidemment de même nature. Cependant, elle en diffère par la blancheur atrophique très accusée de toute la zone centrale, l'apparence brillante de l'épiderme déprimé. Pas de cicatrice ; les bords, semés de squames blanches, fines, adhérentes, sont représentés par une bande de peau fortement pigmentée.

Enfin, sur la face interne de la cuisse gauche, placard de date indéterminée, mais plus récente, grand comme une pièce de cinq francs, recouvert d'une croûte adhérente et solide. Celle-ci arrachée mit à nu une surface un peu infiltrée, colorée en rouge bleuâtre, sans nodules ni rebord; l'avulsion de la croûte laisse la plaque couverte de microscopiques élevures papillaires ; au sommet de chacune d'elle perle une fine goutelette de sang ; dès le lendemain, le placard présentait une surface rose, un peu squameuse, farineuse, indolente.

Il existe en outre une hernie graisseuse de la ligne blanche (sous-ombilicale) et une épiplocèle inguinale droite.

La muqueuse, le cuir chevelu sont intacts.

Le malade est assez affaibli ; huit jours après son entrée, l'œdème léger qui était localisé autour des malléoles envahit rapidement les membres inférieurs tout entiers, puis l'abdomen (ascite, œdème de la paroi), les mains, les bras, la face, sans que jamais la température atteigne 38°. Les urines sont absolument normales.

La malade tousse et rejette des crachats muco-purulents assez abondants.

Dans le tiers supérieur du poumon gauche, quelques râles humides fins, localisés, accompagnés de respiration soufflante. Quelques râles fins disséminés. On ne trouve pas de bacilles dans les crachats.

Diagnostic : lésions anciennes de lupus érythémateux disséminé et aussi typique que possible; cachexie d'origine indéterminée, cancéreuse ou tuberculeuse ; emphysème ou tuberculose pulmonaire.

Traitement. — K I à l'intérieur. Pommades inertes sur les lésions cutanées.

21 mai. Sous l'influence de l'œdème qui augmente considérablement, l'épiderme qui revêt le placard atrophique de la jambe droite est tendu, aminci; çà et là, quelques petits foyers hémorrhagiques sous-épithéliaux; mêmes désordres sur l'ancienne cicatrice de la cuisse gauche.

Les jours suivants, soulèvement de l'épiderme en grosses bulles irrégulières pleines de sérosité jaune, transparente, qui se crevèrent spontanément, laissant des érosions superficielles étendues qu'on pansa soigneusement. L'apyrexie continue.

25 mai. Sur l'œdème diffus des avant-bras, se localisent des zones très étendues et très bien limitées d'œdème circonscrit de la peau semblable à une urticaire colossale ; sur ces œdèmes circonscrits s'installèrent bientôt de grosses bulles transparentes dont quelques-unes (rares et petites) étaient entourées d'un faible liseré violet. Le nez présentait à son extrémité, et du côté gauche, une plaque d'œdème violacé sur lequel apparurent bientôt des bulles blanches multipliées.

Le malade alla en s'affaiblissent progressivement, sans fièvre, ni délire,

ni anomalie de l'excrétion urinaire. L'œdème était devenu énorme, et le malade était couvert de bulles de pemphigus intactes ou crevées dans les points indiqués; il présentait des érythèmes, de la desquamation pseudo-ichtyosique, en un mot tous les accidents que peut entraîner une suffusion séreuse énorme sous la peau d'un cachectique. Les lésions du lupus érythémateux de la face et de la cuisse étaient stationnaires, quand le malade succomba le 2 juin. L'autopsie fut faite dans de très bonnes conditions, avec l'aide de M. Daunic, chef du laboratoire de clinique.

Elle montra :

1° Un foyer ancien d'ulcération dans le lobe supérieur du poumon gauche, adhérent ;

2° Une poussée de granulie pulmonaire récente, peu intense, sans pneumonie ;

3° Quelques granulations disséminées dans les reins, un peu pâles ;

4° Une formidable poussée de granulie péritonéale (pariétale épiploïque et viscérale).

M. Daunic fit l'examen histologique des viscères qui montra :

Dans le foie : de la dégénérescence graisseuse périlobulaire ; — dans le rein : un léger degré de néphrite épithéliale, des altérations notables des artères ; — dans le poumon : des lésions typiques de tuberculose à toutes ses étapes.

On ne put colorer de bacilles (par le procédé de l'aniline chlorhydrique).

Des fragments de peau furent excisés trois heures après la mort ; ils comprenaient le lobule de l'oreille, le bord inférieur de la lésion de la face, presque tout le placard fémoral, le bord du placard de la jambe. Ils furent fixés par l'alcool, le Müller ou l'osmium, durcis par la gomme ou inclus dans la paraffine, colorés par le picro-carmin (de Ranvier), le carmin aluné associé ou non à l'acide picrique ou à l'éosine, l'hématoxyline alunée, l'orcéine, etc.

Une centaine des coupes que j'ai colorées et examinées m'ont montré ce qui suit :

1° *Lésion de la joue.* — α. Bord antéro-inférieur. — *Épiderme* parfois très aminci, revêtu d'une couche cornée peu fournie, peu papillaire, ne présentant pas d'autre anomalie qu'un état vasculaire très accusé des plans superficiels du stratum malpighien, et une pigmentation très exagérée de la couche génératrice.

Derme papillaire presque sain : en général, on retrouve une mince bande de tissu conjonctif normal, entre l'épithélium et l'étage des lésions tuberculeuses.

L'étage profond du derme est parsemé de larges infiltrats tuberculeux admirablement caractérisés par leur agglomération nodulaire de cellules embryonnaires volumineuses, se détachant nettement sur l'ensemble du tissu conjonctif de la région, vivement condensée à sa périphérie, semée de nombreuses cellules géantes parfaitement développées, et aussi typiques par leurs rapports avec les nodules que par leur apparence personnelle. Ces infiltrats tuberculeux souvent étendus, quoique bien limités, occupent

toute l'épaisseur du derme, mais n'entament pas le tissu cellulaire sous-cutané ; on ne retrouve plus de tubercules au-dessous des glomérules sudoripares. Un des infiltrats est manifestement situé à côté du goulot d'un infundibulum pileux ; il est à noter que le reste de celui-ci est indemne d'inflammation dans le reste de son étendue.

Les glomérules sudoripares sont entourés de cellules embryonnaires abondantes auxquelles il ne nous a pas été possible de découvrir des caractères histologiques spécifiques. Çà et là, quelques traînées de cellules embryonnaires entre les faisceaux conjonctifs, suivant les vaisseaux blancs et rouges.

Le tissu elastique a disparu partout où il existe des traces d'inflammation. Enfin, on note un épaississement manifeste de toute la tunique des artérioles ;

β. Lobule de l'oreille — On constate exactement les mêmes lésions ; cependant les infiltrats tuberculeux sont plus étendus, plus diffus ; il existe comme une vaste nappe de tissu embryonnaire çà et là condensée en nodules, et présentant de loin en loin des nids de cellules géantes. Cette infiltration tuberculeuse en nappe respecte le tissu conjonctif immédiatement sous-épithélial, et n'envahit pas non plus le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, un certain nombre de poils non encore détruits ne présentent pas à leur pourtour de localisation inflammatoire ou tuberculeuse réellement primordiale. Çà et là quelques cylindres épithéliaux représentent les vestiges de poils en voie de disparition. Quelques-uns présentent encore à leur centre des vestiges de poils reconnaissables.

Ainsi, sur les bords de la lésion de la face, aux deux extrémités opposées, on retrouve des lésions typiques de tuberculose sous-cutanée en pleine activité, alors qu'aucune formation nodulaire, aucun abcès, aucun signe macroscopique n'avaient permis de le prévoir.

2° *Lésion de la cuisse.*

Un fragment examiné par M. Daunic ne lui montra aucune lésion tuberculeuse.

Sur nos coupes, nous constatâmes :

α. Une atrophie marquée de l'épiderme réduit à deux ou trois couches en quelques points, et devenu presque planiforme ;

β. Une pigmentation marquée de la couche génératrice ;

γ. Dans l'étage supérieur du derme, des traces d'infiltration embryonnaire diffuse, peu prononcée, sans caractère, sans exagération des papilles, etc.

A ce même niveau, nous avons découvert quelques nodules tuberculeux rares mais tout à fait caractérisés et complets. Il en existe deux ou trois tout au plus sur des coupes longues de 0,02 au moins. On ne les retrouve que sur une série de coupes ; cela montre qu'ici ils sont rares, et qu'ils auraient passé inaperçus si les coupes avaient été moins nombreuses et moins étendues.

Notons la disparition des éléments élastiques sous-papillaires ;

δ. Une infiltration péri-glomérulaire sans caractère, de la diapédèse autour des vaisseaux, et une endartérite évidente.

3° *Lésion de la jambe.* — Elle montre :

α. Un amincissement atrophique très accusé de l'épiderme ; une pigmentation extrêmement intense de la couche génératrice ;

β. Dans le derme sous-papillaire pas d'exagération des papilles ; un semis régulièrement diffus, nullement serré, de cellules rondes qui ne forment aucun nodule, n'affectent aucun groupement, et proviennent vraisemblablement de la prolifération de cellules fixes, beaucoup plus que de la diapédèse.

Le tissu élastique a disparu à ce niveau.

Un peu d'inflammation péri-glomérulaire. Endartérite marquée : peu ou pas d'infiltration péri-vasculaire.

Aucune trace d'un processus anatomique présent ou passé d'origine tuberculeuse, et cela malgré le grand nombre et l'étendue des coupes.

Ainsi, chez un même sujet, nous trouvons trois lésions de lupus érythémateux : l'une, celle de la face, offre à l'examen microscopique de nombreuses et belles lésions tuberculeuses ; la seconde en présente encore, mais beaucoup moins riches ; la troisième en est complètement dépourvue, du moins au point de vue histologique.

On peut conclure de ce fait que les examens antérieurs, négatifs en ce qui touche la découverte de lésions tuberculeuses histologiques dans le lupus érythémateux, ne prouvent rien contre la nature tuberculeuse de cette maladie ; — qu'en pareil cas, il est nécessaire d'examiner de nombreux et gros fragments de peau ; — qu'enfin, des lésions d'origine tuberculeuse peuvent ne plus présenter aucun caractère spécifique anatomique.

Enfin, cette observation montre qu'il existe des lupus érythémateux vrais (et non des érythémato-tuberculeux, non des lupus superficiels) qui sont d'origine tuberculeuse, et personnellement tuberculeux.

M. Brocq. — J'ai depuis plusieurs années déjà fait connaître quelles étaient mes idées sur la nature du lupus érythémateux, sur la nécessité qu'il y a à distinguer des catégories parmi les faits assez disparates au point de vue clinique qui sont décrits sous ce nom. Je ne rééditerai pas devant vous ce que j'ai déjà écrit sur ce point.

Je me contenterai de vous signaler deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer et qui me paraissent avoir une certaine importance.

J'ai dans ma clientèle de ville un malade atteint depuis fort longtemps d'un lupus tuberculeux non excedens de la joue droite, des plus rebelles, à marche extensive graduelle, qu'aucun moyen thérapeutique n'a pu enrayer. Ce malade présente en même temps des lésions de lupus érythémateux typique des doigts. Or, quand il prend de l'iodoforme, il voit disparaître au bout d'un certain temps les éruptions des mains, éruptions qui tendent au contraire à reparaître lorsqu'il a cessé l'usage de ce médicament. Il semble qu'il s'élabore au niveau de son lupus tuberculeux des

toxines qui empoisonnent son organisme et provoquent les éruptions des extrémités. Quand il prend de l'iodoforme, il semble par contre que ce médicament combatte l'intoxication générale de l'organisme par les produits dont nous venons de parler, d'où la disparition des éruptions secondaires des mains. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle est parfaitement plausible.

Tout dernièrement, à ma policlinique de La Rochefoucauld, j'ai eu à soigner une jeune fille atteinte de lupus érythémateux superficiel, de ce que j'appelle un érythème centrifuge symétrique des deux joues, du bout du nez et des doigts. Les lésions s'étaient développées chez elle avec la plus grande rapidité, en quelques mois ; nous l'avons traitée localement avec un certain succès par les emplâtres au savon noir seul, puis additionné d'acide pyrogallique et d'acide salicylique. Au bout d'un mois, voyant que l'éruption des doigts persistait avec toute son intensité, nous lui avons donné de l'iodoforme à l'intérieur, et nous avons vu en même temps toutes les lésions des mains pâlir, puis disparaître en ne laissant comme vestige de leur existence que des cicatrices assez superficielles.

Cette disparition du lupus érythémateux des doigts dès l'ingestion de l'iodoforme est-elle une simple coïncidence ? C'est à la rigueur possible, car par malheur cette médication a coïncidé avec la fin de l'hiver. Cependant il m'est impossible de ne pas rapprocher ce deuxième fait du précédent.

Je répète en terminant que je me contente de les citer ; je ne veux point les commenter pour ne pas surcharger cette séance; toutefois il m'est impossible de ne pas faire remarquer que ce sont là de sérieux arguments pour faire des lupus érythémateux superficiels des érythèmes toxiques provenant de l'infection de l'économie par les toxines et la tuberculose.

Éruptions cutanées consécutives aux adénopathies vénériennes suppurées.

Par M. AUGAGNEUR

L'auteur dit avoir observé plusieurs fois des éruptions d'érythème polymorphe, d'érythème noueux ou de purpura, accompagnées de douleurs articulaires, chez des malades porteurs de bubons vénériens suppurés. Il croit qu'il s'agit là d'accidents dus à la résorption de produits toxiques élaborés dans le foyer de suppuration.

La lèpre chez les Kabyles.

Par M. GÉMY.

Il y a quelques années, le Dr Zambaco, poursuivant sans doute ses recherches sur les foyers prétendus éteints de la lèpre, me faisait demander par un ami commun, le Dr Sabadini, si j'avais observé la

lèpre chez les indigènes que j'avais eu l'occasion de traiter. Ma réponse fut négative, avec cette réserve toutefois que j'avais en ce moment, dans mon service, un malade qui pourrait bien être un lépreux.

C'est l'histoire de ce malade que je vais raconter. On verra comment les doutes du début se sont transformés en certitude absolue pendant la longue période de temps qu'il m'a été donné de l'observer.

Je dois dire que la lèpre tuberculeuse est loin d'être rare à Alger. Les juifs indigènes en présentent un certain nombre d'exemplaires. Nous avons, de plus, un foyer lépreux d'importation espagnole qui commence à prendre une importance assez sérieuse, puisque, depuis 1888, il m'en a fourni onze cas, et, qu'à l'heure actuelle j'en ai encore deux récemment entrés dans mon service.

Tous ces lépreux qui viennent des villages situés entre Alicante et Valence appartiennent certainement au même foyer qui a été mentionné dans les *Annales de dermatologie*, 1888, page 390, par le Dr Zuriaga. Tous présentent la forme tuberculeuse.

Il y avait intérêt à savoir si la lèpre *vraie* existait chez les indigènes musulmans de l'Algérie, car les documents qui en font mention dans la littérature médicale ont incontestablement confondu avec la lèpre vraie certaines formes de syphilis mutilantes, si nombreuses en Algérie.

En effet, dans une autre communication, je crois avoir établi que la lèpre dite kabyle par le professeur Arnould et quelques autres médecins militaires qui écrivaient au moment de la conquête de la Kabylie, n'était qu'un résidu syphilitique se présentant sous forme de leucomélanodermie.

L'observation suivante est un cas de lèpre systématisée nerveuse ou lèpre trophoneurotique (Leloir).

Mezian-ben-Ahmed, âgé de 35 ans, journalier, d'un tempérament débilité par les fatigues et la misère, est né à Palestro (Kabylie).

Il entre pour la première fois à la clinique dermatologique, le 1er janvier 1890.

Comme antécédents héréditaires : son père a 60 ans environ, et se porte bien ; sa mère, morte il y a trois ans, après un mois de maladie à l'âge de 50 ans, avait le nez et le voile du palais rongés par un ulcère (lupus?).

Il est fils unique du second mari qu'a eu sa mère ; il est lui-même marié et a deux enfants.

Personnellement il a eu de fréquents accès de fièvre intermittente. Il n'est cependant pas cachectique malarien, car les organes abdominaux sont sains.

Il raconte qu'en octobre 1888, au moment des labours et après une chute de neige qui dura quatre jours, il a eu les trois doigts de la main droite, auriculaire, annulaire et médius, et les doigts de la main gauche

moins le pouce, atteints de la façon suivante : la phalangette devient douloureuse; il se forme un panaris périostique qui dure une quinzaine de jours, du pus en petite quantité s'écoule par l'extrémité sous-unguéale; la phalangette dénudée et plus ou moins nécrosée s'élimine, et le doigt ainsi mutilé se cicatrise, ayant son extrémité coiffée d'un moignon unguéal.

A son entrée, tous les doigts des deux mains ont subi la même mutilation, moins les deux pouces et l'index droit. Mais celui-ci est actuellement le siège d'une périostite de la phalangette semblable aux autres, ce qui nous permet d'assister au processus qui a présidé à l'évolution des autres panaris. La phalange paraît être également intéressée, et du pus séreux s'écoule par une ouverture qui s'est produite spontanément à la face palmaire de la phalange.

(La photographie en donne une excellente idée.)

Le 26 janvier, c'est-à-dire quelques jours après l'entrée du malade, cette phalangette se détache, et le 2 février, l'extrémité du doigt est cicatrisée, présentant, comme les autres doigts, un moignon unguéal.

Pas de cicatrice sur le corps, aucun stigmate de soit syphilis, héréditaire ou acquise, soit de scrofule. Pas de plaque de sclérodermie, pas d'anesthésie; les réflexes sont conservés. Les pieds ne présentent pas de lésions; seules quelques fissures produites par la marche sans chaussures.

Toutes les fonctions sont en bon état.

Le malade attribue le développement de cette affection à l'habitude qu'il avait contractée pendant les moissons qui avaient précédé les labours dont j'ai parlé tout à l'heure, d'aller se laver les mains plusieurs fois par jour, dans une mare d'eau croupie.

Confondant les deux étiologies qu'il accuse, il fait remonter le début de ses panaris à une quinzaine de jours après ces lavages.

Au repos, la phalangine est infléchie sur la phalange; mais le malade peut allonger ce qui lui reste de ses doigts; la peau et les tissus sous-jacents ne paraissent avoir subi ni atrophie, ni rétraction.

Traitement au phosphure de zinc, et riche alimentation.

J'avoue qu'à ce moment, discutant les phénomènes morbides qu'offrait ce malade, j'éliminai la sclérodactylie, la maladie de Morvan à cause des douleurs, et la lèpre à cause de la conservation de la sensibilité, et j'intitulai cette observation : *Panaris symétriques douloureux des phalangettes.*

Pour ne pas allonger cette communication, je réserve pour un travail complet dont je parlerai en terminant, tous les détails qui ne sont pas actuellement nécessaires à la démonstration que je poursuis, à savoir : que la lèpre vraie existe chez les indigènes de la Kabylie.

Dans les premiers jours de février, alors que les lésions de l'index droit sont à peu près guéries, on voit apparaître sur les phalanges des trois autres doigts des bulles qui, au dire du malade, constituent des lésions semblables à celles qui ont précédé la chute des phalangettes. Elles disparaissent après avoir été ouvertes et badigeonnées à la teinture d'iode.

Le malade sort le 7 mars, avec toutes ses lésions cicatrisées, les doigts pouvant être portés dans l'extension complète.

2e *entrée*, le 5 juin 1890. — A sa deuxième entrée, le moignon de l'annulaire gauche et celui du médius droit sont ulcérés. Mais cette fois les pieds sont intéressés : l'orteil droit présente à son extrémité une phlyctène pleine de pus ; un mal perforant siège au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne ; enfin une vaste ulcération, de cinq centimètres de diamètre, produite par la fusion de plusieurs bulles, s'est développée au niveau de la malléole interne.

Le malade accuse des douleurs articulaires dans les membres supérieurs et inférieurs.

Quelques jours plus tard accès franc de fièvre intermittente. Quinze jours après sa sortie de l'hôpital il a eu des accès semblables qui se sont fréquemment renouvelés.

Un examen attentif permet de reconnaître un commencement d'atrophie des éminences thénar et hypothénar.

La fièvre a facilement cédé au sulfate de quinine.

Pendant la durée de ce second séjour, le malade a souvent présenté le développement de bulles siégeant à la racine dorsale ou palmaire des doigts, développement toujours précédé de douleurs dans les doigts où ces bulles doivent apparaître. Elles s'ouvrent spontanément, laissant écouler un peu de sérosité purulente, s'exfolient et ne laissent pas de cicatrices.

Vers la fin de juillet les phalangines sont fortement fléchies sur les phalanges, cette rétraction est surtout très accentuée pour le tendon du médius gauche qui forme comme une corde fortement tendue.

L'atrophie des éminences thénar et hypothénar s'accentue davantage, en même temps que commence celle des muscles interosseux.

Le malade sort le 20 septembre, toutes ses ulcérations complètement cicatrisées, mais cette fois avec les trois doigts de la main droite ne pouvant plus être portés dans l'extension complète.

3e *entrée*, le 30 janvier 1891. — A cette époque le malade présente les mêmes lésions dont il était atteint lors de ses séjours précédents : bulles cicatrisées, bulles en formation aussi bien aux pieds qu'aux mains.

Mais il présente en plus quelques symptômes significatifs.

La sensibilité interrogée donne les résultats suivants :

La sensibilité à la piqûre et à la chaleur est abolie dans les deux mains jusqu'au poignet ; de même aux deux pieds jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne.

Pas de réflexes plantaires ; réflexes du genou normaux ; réflexes crémastériens diminués.

Le malade, bien nourri, voit ses bulles rapidement disparaître, et sort le 21 mai 1891.

4e *entrée*, le 4 mars 1892. — Ce quatrième séjour n'offre rien de particulier. Les mêmes lésions se produisent, et l'anesthésie constatée précédemment persiste. Je n'insiste pas.

5e *entrée*, le 8 décembre 1893. — Déjà le diagnostic de *lèpre systématisée* ne pouvait plus être douteux. Après les panaris douloureux mutilants, l'atrophie des éminences thénar et hypothénar, des muscles

interosseux, l'anesthésie des pieds et des mains, la rétraction des fléchisseurs l'imposaient impérieusement.

Je vais donc maintenant décrire les lésions telles qu'elles se présentent à ce cinquième examen, pour compléter ma démonstration.

Main gauche : 1° Pouce intact ;

2° Index : il ne reste que la phalange, qui porte à sa face palmaire une cicatrice de bulle ulcérée, et la phalangine sur l'extrémité de laquelle persiste un moignon d'ongle. Il est légèrement déformé, un peu aminci à son extrémité ;

3° Médius : en battant de cloche. La phalangette n'existe plus, il n'y a pas de trace d'ongle ; à la place une ulcération en activité. La teinte de la peau n'est pas modifiée ; il y a de la douleur à la pression et à la piqûre ;

4° Annulaire : chute de la phalangette ; la phalangine, fléchie à angle droit sur la phalange, ne présente pas d'ongle mais une cicatrice d'ulcération ;

5° Auriculaire : plus de phalangette ; la phalangine est coiffée d'un morceau d'ongle. Rien à noter sur la face dorsale de la main. Sur la face palmaire : atrophie des éminences et des interosseux. Les doigts sont légèrement en griffe, ce qui donne à la main l'aspect d'une main de singe.

Les muscles de l'avant-bras présentent également une légère atrophie.

Main droite : 1° Pouce intact ;

2° Index sans phalangette ni ongle, bulle ulcérée à cheval sur l'articulation phalango-phalanginienne, à fond rouge, sans sécrétion ;

3° Médius : en battant de cloche sans phalangette, la phalangine fléchie sur la phalange.

4° Annulaire : même lésions mais plus accentuées.

Enfin, 5° l'auriculaire est plus rétracté encore, aussi la main en griffe est-elle plus prononcée qu'à gauche. Atrophie prononcée des éminences et des interosseux.

Muscles de l'avant-bras plutôt amaigris qu'atrophiés.

La sensibilité tactile est revenue, ainsi que la sensibilité à la chaleur et à la piqûre. Ces diverses sensibilités sont encore cependant très émoussées sur les ulcérations en activité et les doigts qui les portent.

C'est depuis un ou deux mois que la sensibilité est revenue peu à peu.

Enfin, les deux nerfs cubitaux sont volumineux, roulent sous les doigts et présentent des nodosités moniliformes au-dessus du coude.

Aux membres inférieurs :

Pied droit : 1° Gros orteil : phalangette tombée et phalangine coiffée par une ulcération douloureuse ;

2° Les deux orteils suivants ont également perdu leur phalangette, la phalangine demeurant coiffée d'un ongle déformé. Ulcérations à la racine du troisième orteil ;

3° Le quatrième orteil est à peu près normal ;

4° Le cinquième est ulcéré à sa partie dorsale.

A la partie interne du pied, au-dessous de la malléole, cicatrice d'anciennes bulles ulcérées.

A la face palmaire, cicatrice d'une ancienne ulcération située sous le gros orteil. Pas d'atrophie des muscles ; sensibilité conservée partout.

Pied gauche : Le petit orteil seul est atteint ; il ne lui reste que la phalange, entourée à sa racine par une assez large ulcération. La sensibilité à la piqûre et à la chaleur est abolie dans ce tronçon de doigt. Pas d'atrophie des muscles.

Peu de poils sur le corps ; sourcils dégarnis à leur partie externe. Transpiration facile et abondante surtout en été ; le malade est très sensible au froid en hiver. Il a souvent des fourmillements dans ce qui lui reste de ses doigts.

Son œil est brillant et d'un éclat qui frappe tous ceux qui ont pu le comparer à celui des lépreux espagnols que j'ai dans mon service et dont j'ai parlé au commencement de cette communication. D'ailleurs, pas de tubercules sur le corps ; tous les sens sont intacts.

Jusqu'en mai 1893, le malade continue à engraisser, et son état général est devenu excellent.

Le malade refusant de se prêter à une biopsie que je lui demande pour la recherche du bacille, je fais appliquer une série de petits vésicatoires sur diverses régions, surtout au niveau des cicatrices et sur le trajet des nerfs. Me conformant aux indications du Dr Kalindero, de Bucarest, je fais appliquer successivement jusqu'à quatre et cinq vésicatoires sur le même point. Les recherches bactériologiques ont toujours été négatives.

Le 10 juillet 1893, après un séjour de sept mois, le malade sort, comme les autres fois, en excellent état.

6e *entrée*, en août 1893. — Ce sixième séjour est provoqué par la misère profonde dans laquelle le malade est plongé dès qu'il quitte l'hôpital, puisqu'il lui est impossible, mutilé comme il l'est, de gagner sa vie. Ses lésions ne présentent rien d'intéressant à noter, et il sort, un mois après, une fois encore complètement guéri.

7e *entrée*. — Enfin, le 4 janvier 1894, il nous revient pour la septième fois, débilité, amaigri, avec les lésions suivantes :

Les moignons des doigts des deux mains sont ulcérés. Au pied droit, une ulcération plantaire qui rappelle le mal perforant, mais qui ne va pas jusqu'à l'os ; enfin quelques bulles éparses sur les orteils.

Dans les premiers jours de février, la phalangette de l'auriculaire gauche paraît vouloir se détacher, et elle tombe, en effet, spontanément, le 11 février, sans douleur.

En mars, de nouveaux vésicatoires explorateurs sont appliqués et ne donnent aucun résultat bactériologique.

En avril, le professeur Leloir, à qui je montre ce malade, porte le diagnostic ferme de *lèpre systématisée nerveuse*.

Et c'est fort de ce puissant témoignage, que je me suis décidé à communiquer cette observation à la *Société de Dermatologie*.

Le malade sort le 11 mai, avec un état général parfait.

D'ailleurs, nous ne tarderons pas à le revoir, et nous assisterons certainement à la chute successive de tous ses doigts.

Comme traitement, l'huile de Chaulmoogra n'a été employée que pendant le dernier séjour, à la dose de 4 à 8 grammes.

Je n'insiste pas aujourd'hui sur l'importance de cette constatation. Jusqu'à présent les diverses maladies qualifiées *lèpre* par les auteurs qui ont traité ce point de pathologie indigène, doivent être certainement restituées à la syphilis. Il est aussi infiniment probable que j'ai dû méconnaître quelques cas de lèpre tuberculeuse que j'ai peut-être confondus avec la syphilis, car il n'est pas facile de retenir un indigène quelque temps dans une salle d'hôpital.

Aussi cette communication n'a-t-elle d'autre but que celui de prendre date.

En collaboration avec un de mes anciens élèves, le docteur Raynaud, aujourd'hui médecin adjoint à l'hôpital de Mustapha et chef de clinique médicale à l'École de Médecine d'Alger, nous allons poursuivre une enquête sérieuse, si toutefois le Gouvernement général veut bien nous accorder son concours, sur la géographie de la lèpre dans nos possessions algériennes.

Nous possédons quelques autres observations moins complètes que celle que je viens de rapporter, de lèpre à forme tuberculeuse chez les indigènes, observations qui figureront dans le travail que j'annonce aujourd'hui. Ce travail contiendra en même temps la maigre bibliographie qui concerne la lèpre algérienne et ce que nous pouvons savoir de son étiologie.

Nous marquerons de la sorte d'une tache rouge plus ou moins large la carte du professeur Leloir sur la distribution géographique de la lèpre dans le monde, en ce qui concerne l'Algérie.

De la tuberculose verruqueuse non ulcéreuse (Lupus scléreux et non verruqueux).

Par M. L. BATUT (de Toulouse).

Il existe trois variétés de gravité croissante : le lupus scléreux, le tubercule anatomique, le lupus verruqueux de Riehl.

A. — LUPUS SCLÉREUX

Cette forme de lupus, décrite par Vidal sous le nom précédent, et par Mac Call Anderson sous celui de lupus verruqueux ou scrofulodermie verruqueuse, n'est pas précédée d'ulcération, mais la tumeur verruqueuse est la part primaire, essentielle du processus.

Dans l'observation suivante, un lupus scléreux à marche lente, sans retentissement sur l'état général du sujet, s'est compliqué d'une dermite modérée.

Maria M..., 18 ans, brossière, entre le 16 octobre 1893 à la clinique dermatologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de M. Audry

Cette jeune fille n'a aucun antécédent vénérien, malgré une virginité récemment déflorée; elle n'accuse ni ganglions dans son enfance, ni bronchites, mais elle a eu de l'otorrhée à droite.

Quoique fille d'alcoolique, elle ne montre aucune trace de syphilis héréditaire (ouïe normale, dents belles et régulières, cornée intacte, squelette bien conformé) ; rhinite hypertrophique légère et voix nasonnée. Depuis un an environ est survenue à la cuisse gauche une éruption intense, sous forme de petites papules en placards à fond érythémateux vite agrandies et devenues vésiculeuses, enfin ulcérées ; un de ces placards, de la largeur d'une pièce de cinq francs, siège vers l'anneau crural ; trois autres, disposés en cercle, existent au tiers moyen de la cuisse, recouverte d'une croûte légèrement suintante : dès qu'on l'enlève, elle se reproduit ; il existe quelques efflorescences à la cuisse droite. Le pharynx, le larynx, les cornets ne présentent aucune ulcération, les poumons sont sains.

Le diagnostic se pose entre la tuberculose et la syphilis héréditaire ; on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. et demi par jour, médicament que la malade prend fort mal d'ailleurs, et on met de la poudre boriquée sur les ulcérations détergées ; la croûte noirâtre fissurée qui recouvre ces dernières tombe sous l'action de la vaseline boriquée, mais se reproduit bientôt ; la pommade soufrée appliquée durant un mois ne donne pas davantage de résultats ; l'emplâtre de Vigo est appliqué à son tour. Le 15 novembre, efflorescences nombreuses disséminées sur la jambe droite, autour du genou ; papules discrètes sous le sein droit, une seule sous le sein gauche ; la peau est infiltrée mais légèrement, au niveau des plaques érythémateuses. Il se forme bientôt sur ces points érythémateux des cicatrices gaufrées, superficielles, et au centre de ces petits placards on trouve encore de petites papules de couleur jaune-rosé.

Les frictions mercurielles succèdent bientôt, sans plus de résultat, à la pommade soufrée. Le 27 novembre on se décide, devant l'absence de bourgeonnement et de tendance à la cicatrisation, à gratter les plaques de la cuisse gauche et à les cautériser énergiquement au fer rouge ; on enlève en outre une portion d'épiderme pour l'examen histologique (Voir plus loin) qui démontre la nature tuberculeuse des lésions. On joint les toniques à l'action chirurgicale ; sous l'influence de ces cautérisations répétées, les placards bourgeonnent successivement, se rétrécissent et finalement guérissent par une cicatrice lisse, devenue définitive le 1er février ; les plaques érythémateuses de la cuisse droite ont cédé à des applications répétées de teinture d'iode. L'état général de la malade était, du reste, excellent à son entrée, aussi elle sort en parfaite condition le 10 février, très satisfaite du résultat; nous la revoyons le 1er mars : la guérison s'est maintenue et paraît définitive. Ajoutons qu'un frère de cette malade a été atteint de la même affection étant soldat, et a guéri sous l'influence de traitements médicaux : on observe encore sur lui les cicatrices des abcès cutanés dont il a été atteint il y a cinq ans.

Examen histologique. — A. *Étage profond de la peau.* — Déjà, dans l'hypoderme vrai, dans la zone de distribution des vaisseaux, nous trouvons des lésions de tuberculose extrêmement caractérisée par l'apparence et la circonscription des infiltrats et la richesse de développement

des cellules géantes. Ces tuberculomes semblent perdus dans une atmosphère de tissu conjonctif qui peut être normale; dans tous les cas on peut dire qu'il existe des lésions de tuberculose extrêmement caractérisées jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans l'étage supérieur de l'hypoderme ou portion sous-papillaire du derme, on voit apparaître des productions histologiques caractéristiques du tubercule, admirablement développées ; tantôt il existe des nappes de cellules embryonnaires plus ou moins limitées par des fibres conjonctives d'apparence fibreuse, quelquefois même prenant une apparence nodulaire très marquée. La lésion tuberculeuse est extrêmement accusée : allongement extrême des papilles, assez régulièrement, mais présentant dans quelques coins une apparence papillomateuse très comparable à celle qu'on rencontre dans les formes les plus verruqueuses; dans les papilles, mêmes lésions d'inflammation, diapédèse, prolifération des cellules fixes, — les cellules géantes et les nodules tuberculeux y sont rares et ne dépassent guère la zone sous-papillaire où nous avons vu qu'ils présentaient un très riche développement.

B. *Épiderme.* — On y note : 1° l'allongement et la complexité extrêmes des colonnes interpapillaires, des Mastzellen assez nombreuses, mais beaucoup moins que dans la région sous-papillaire et dans les papilles mêmes où ils sont innombrables, sauf au niveau des prolongements interpapillaires; la couche épineuse semble plutôt diminuée de volume ; la couche cornée manque souvent, elle est faible et remplacée par un exsudat plus ou moins fibrineux bourré de leucocytes et de débris de chromatine. Cependant, dans les points où manque l'exsudation, on retrouve un stratum granuleux nettement indiqué quoique peu développé. Enfin notons, comme toujours, la disparition absolue du tissu élastique dans tous les points où il existe des traces histologiques quelconques d'un processus inflammatoire.

Au total, lésions très riches de tuberculose caractérisées surtout par la profondeur de leur siège; développement extrême des papilles. Au point de vue de l'épiderme, plutôt un processus d'atrophie, pas d'hypertrophie nette de la couche épineuse, et kératinisation bien plutôt diminuée qu'augmentée.

B. — Tuberculose anatomique

C'est la forme la plus constante de la tuberculose par inoculation accidentelle, médicale ou chirurgicale. Établissons d'abord que la grande majorité des auteurs, dans ces quatre dernières années, accepte la nature tuberculeuse de la tumeur dénommée morphologiquement tubercule anatomique. Broca, malgré la sagacité de son élégant chapitre sur les tuberculoses cutanées (Duplay et Reclus, *Traité de Chir.*, t. I, 1891) est réfractaire à cette acception de nature.

Nous rappellerons le fait classique de Laënnec auquel, il est vrai, on peut opposer celui de Maisonneuve et Verneuil, blessés dans la même autopsie, et cependant restant indemnes dans la suite de tuberculose généralisée. Arrivat (Thèse de Montpellier, 16 mai 1891) et

Tardivel (Thèse de Paris, 7 mars 1890) ont recueilli les cas publiés, parmi lesquels celui de Baumgarten (1875, homme de 60 ans mort plus tard de tuberculose pulmonaire), de Verneuil (1884, étudiant en médecine mort tuberculeux deux ans après), de Verchère (1884, cas analogue), Hanot, Tscherning, Mercklen (1885, femme de 26 ans atteinte de tuberculose des doigts avec lymphangite consécutive), les faits de Karg, Axel-Holst, Martin du Magny, Wahl (3 exemples), Kœnig, Meddeluorg, encore Verneuil, Verchère, puis Fleur, Demme, Sanguinetti (1888), Jeanselme (Thèse de Lefèvre, Paris, 1878), Eve (*Bull. M. S.*, 12 février 1888), enfin Deneke (1890), et de nouveau Jeanselme (1892).

Ajoutons à cette longue énumération six observations nouvelles reproduites par Cardivel et dues à Lancereaux (4 cas), à Trélat et à Jaccoud. Les travaux de Pollosson de Lyon sont analysés *in* Knickenberg (*Archiv für Dermat.*, 1894) ; Pollosson a cherché inutilement dans quatre cas de tuberculose anatomique le bacille tuberculeux, mais Karg, Riehl et Paltauf l'y ont trouvé. Enfin Cornil et Ranvier, malgré des recherches infructueuses, Besnier, du Castel, Unna acceptent sa nature bacillaire. C'est l'idée de Finger, de Verneuil, Chauveau, Jeannel (Congrès de la tuberculose, 1888). Pour Salzer, Finger et tous les auteurs américains, ce serait la forme même de la tuberculose d'inoculation. Il semble y avoir quasi-unanimité sur ce point d'anatomo-pathologie.

C. — Tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf

Il nous a été donné, pour notre part, d'observer dans le courant de cette année deux cas bien dissemblables de tuberculose cutanée : le premier avait un aspect de tuberculose verruqueuse et s'est terminé comme un lupus scléreux ; le second ressemblait à une ulcération vulgaire et présentait cependant les lésions histologiques de la tuberculose verruqueuse.

Obs. I. — Jean X..., 23 ans, soldat à la 17e section d'ouvriers d'administration, boulanger de son état, fut obligé, il y a quatre ans environ, d'interrompre son métier à cause d'une faiblesse générale, amaigrissement et phénomènes bronchiques. Il est remis complètement de ces accidents, et l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire ; il est employé au service des fourrages. Depuis sa consomption, peu de temps après, il vit apparaître sur la cuisse droite, au niveau ou un peu au-dessous du sommet inférieur du canal crural, une éruption érythémateuse, avec petits boutons non suintants, indolores, non prurigineux, qui sont allés en se développant, s'élargissant, s'éloignant peu à peu de la tache centrale qui est devenue lisse, tandis que la lésion forme un fer à cheval à concavité externe, de la dimension d'une pièce de cinq francs ; le fer à cheval est constitué par des papules de couleur rouge verdâtre, arrondies,

à sommet acuminé, indépendantes les unes des autres, plus marquées, plus élevées dans la zone interne, dures, et reposant sur une base nettement indurée ; il existe deux petits ganglions dans l'aine correspondante ; aucune trace de suppuration osseuse sur le corps. Le malade n'a jamais consulté de médecin, mais la chronicité de cette lésion, qui persiste depuis quatre ans et est absolument et uniquement localisée en ce point de la cuisse, le préoccupe. Nous pensons tout d'abord à de l'herpès circiné à plaque unique, mais l'examen des squames que nous enlevons ne nous montre aucun champignon, et la teinture d'iode, le sublimé en lotions restent sans résultat ; notre pensée se porte alors vers la tuberculose verruqueuse, et le malade acceptant les scarifications, ces dernières sont pratiquées une seule fois, avec application de sublimé au 1/500e. Enfin le 5 mars 1894, nous excisons un fragment de peau que nous mettons dans l'alcool, l'acide picrique, et la pièce est incluse dans la paraffine et coupée. Le malade, après une dernière scarification légère, est pansé avec une pommade au sublimé au 1/20e, par suite d'une erreur de l'infirmier (nous voulions prescrire au 1/80e) ; il s'ensuit une vive douleur durant deux jours, avec vésification intense et cautérisation énergique des couches superficielles du derme ; au bout de huit jours la lésion est guérie, l'escarre tombe d'elle-même, et le malade, revu le 1er juin, présente une plaque rougeâtre, absolument lisse, sur la surface occupée primitivement par la production verruqueuse ; la partie interne du fer à cheval a le même aspect lisse, mais mat, qui touche sur la cicatrice rosée non kéloïdienne qui l'enserre. La peau est souple et sans induration.

Le malade est définitivement guéri, et présenté dans cet état à la Société de médecine de Toulouse, le 1er juin 1894.

Examen histologique des pièces de l'observation I. — Le fragment excisé a été fixé par l'alcool, et les coupes ont été colorées par le picrocarmin de Ranvier, le carmin aluné, l'hématoxyline et l'orcéine. En général les lésions que l'on constate sont assez étroitement limitées ; en d'autres termes, au moins en ce qui touche les couches profondes, on note très peu de lésions inflammatoires diffuses, le tissu conjonctif sous-épidermique y est à peu près intact.

1° *Hypoderme.* — Dans les couches profondes du derme nous voyons apparaître la formation tuberculeuse caractérisée de la façon la plus nette ; sur les coupes on note l'existence de trois ou quatre infiltrats tuberculeux assez bien limités à leur périphérie, mais cependant pas encore entourés par du tissu fibreux ; ces infiltrats sont constitués par des agglomérations de cellules embryonnaires, et aussi de cellules nettement épithélioïdes parmi lesquelles sont disséminées des cellules géantes des plus caractérisées. Ces cellules géantes offrent les caractères ordinaires, leurs contours ne sont pas extrêmement nets, elles sont du reste volumineuses, et les noyaux en sont très nombreux. On en trouve en somme à ce niveau-là, et le nombre de ces cellules géantes s'élève pour un seul nodule tuberculeux à sept ou huit, de développement d'ailleurs très inégal. Autour des lymphatiques on note quelques cellules embryonnaires entraînées.

Le tissu élastique (orcéine) est absolument intact dans le tissu conjonctif sous-hypodermique ; il a naturellement disparu complètement au niveau

des infiltrats tuberculeux et dans tous les points où l'on note une inflammation quelconque spécifique ou autre bien caractérisée. En outre, on note en certains points l'absence complète de tissu élastique coïncidant avec une apparence fibreuse très marquée du tissu conjonctif, ce qui porte à croire qu'il y a là des foyers de cicatrices, de véritables cicatrices. Ces zones de tissu d'apparence scléreuse et probablement cicatricielles se retrouvent surtout dans l'étage supérieur de l'hypoderme, c'est-à-dire entre les infiltrats tuberculeux déjà cités et la zone papillaire,

2° *Derme papillaire.* — On note : 1° des papilles allongées d'une façon très irrégulière et surtout très difforme ; dans quelques points cet allongement est tout à fait papillomateux. Nous pouvons dire, dès à présent, que nous n'avons noté aucune altération sensible, soit du côté des poils, soit du côté des glandes. Toutes ces papilles sont complètement envahies par des cellules embryonnaires qui n'ont généralement pas de caractère bien particulier et qui sont d'ailleurs d'autant plus abondantes que la papille est plus ou moins déformée. Dans deux ou trois points seulement, les cellules jeunes se groupent très étroitement pour former de petits infiltrats tuberculeux au milieu desquels on aperçoit deux ou trois cellules géantes. Insistons sur ce fait, que ces foyers sont extrêmement superficiels et que d'ailleurs ils sont relativement très peu nombreux. Il est inutile d'ajouter que le tissu élastique à disparu à peu près complètement de toute la zone dermo-papillaire.

3° *Épiderme, épithélium.* — Pas d'anomalie apparente du côté de la vitrée, ni même du côté de la couche génératrice, si ce n'est l'existence très appréciable d'une quantité de pigment manifestement exagérée. Enfin on voit que l'on retrouve parfois entre les cellules de la couche génératrice, des leucocytes qui se dirigent vers le corps muqueux. Celui-ci paraît généralement très augmenté d'épaisseur, surtout dans les points où l'on note une grande exagération des prolongements interpapillaires ; il ne semble pas qu'on découvre des modifications bien significatives du côté du corps muqueux, mais on trouve par points une assez grande quantité de leucocytes disséminés, qui, du reste, ne dépassent guère le tiers juxtadermique de l'épiderme. Il n'y a pas d'anomalie bien marquée du stratum granuleux ; l'éléidine est en quantité normale, peut-être exagérée ; l'ensemble des couches cornées ne présente pas de particularités bien notables ; comme toujours en pareil cas, on note une persistance d'ailleurs peu caractéristique des noyaux dans les premières strates : du reste, la kératinisation est, en somme, fort mince. On note une seule chose particulière qui est l'existence de petites masses cornées qui semblent enchâssées dans l'épaisseur de l'épiderme et qui représentent vraisemblablement des débris d'infundibulum pileux coupés plus ou moins obliquement. En résumé, on constate : 1° des lésions tuberculeuses nodulaires parfaitement caractérisées, occupant la couche profonde au derme ; 2° des désordres permettant d'affirmer l'existence d'un processus de cicatrisation ; 3° enfin, il existe une infiltration embryonnaire superficielle intense, laquelle offre dans certains points un caractère également tuberculeux ; 4° en ce qui touche l'épiderme indépendamment de la présence, d'ailleurs à prévoir, de leucocytes ultra-épithéliaux, on note l'exagération très irrégulière, mais

très sensible des prolongements interpapillaires ; 5° enfin le corps muqueux est sensiblement épaissi, tandis que du côté des couches cornées, tout en constatant l'existence d'un processus de kératinisation complet, celui-ci est sensiblement moins prononcé que dans des conditions normales.

L'histoire de ce malade exempt de tout traumatisme ou inoculation ne permet pas de cataloguer ce fait dans la série nombreuse de ceux dans lesquels la porte d'entrée est manifeste.

Obs. II. — Dans le cas actuel il en est ainsi.

Edouard S..., pêcheur de sable, 50 ans, autrefois tanneur. Depuis 6 ans, il présente une lésion chronique siégeant sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, et survenue à la suite d'une piqûre d'épine en ce point ; il y eut d'abord un petit abcès, une sorte de petite verrue qui s'éleva, s'étendit, fut grattée, irritée, devint une plaie atone, étendue, avec des alternatives de bien et de mal, lui permettant mais avec peine, de continuer son dur métier de pêcheur de sable. Entré à la clinique de dermatologie de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 24 avril, il présente en ce moment, à la face dorsale de la main gauche, un placard large, ulcéré, papillomateux dont le centre est à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, qui s'étend en dehors jusqu'au troisième métacarpien, en bas jusqu'au milieu de la première phalange de l'index. L'interstice des papilles est crevassé, suppurant, les bords de la plaque violacés, l'infiltration profonde, et le derme douloureux quand on saisit la lésion entre les doigts ; les poils sont abondants sur tout le corps et autour du placard ; l'articulation elle-même n'est pas atteinte, les mouvements des doigts normaux, il n'y a pas de ganglions sus-épitrochléens ou axillaires engorgés. Le malade a eu l'influenza l'an dernier, par suite il a dû rester neuf semaines au lit ; il n'avait pas auparavant de bronchites l'hiver et sa santé était bonne ; son fils, son petit-fils sont bien portants ; son influenza n'avait laissé aucun reliquat, et à la fin de l'été dernier il paraissait remis et la lésion locale avait considérablement regressé. Cet hiver, il y a eu aggravation de la lésion à cause de son séjour dans l'eau qui, cependant semblait calmer ses souffrances.

Le jour de son entrée, en pressant entre les doigts, on fait sourdre du pus entre les papilles; l'ensemble de la lésion mamelonnée et sa chronicité, ayant fait admettre d'emblée le diagnostic de tuberculose (il n'y avait chez lui ni syphilis ancienne, ni syphilis récente), on déterge la lésion avec un pansement humide; le lendemain il vient encore du pus ; les gaines tendineuses de la main sont libres, l'éminence thénar atrophiée, la force du sujet très diminuée au dynamomètre. La lésion actuelle ne dépassait pas il y a un mois les dimensions d'une pièce d'un franc, il y a eu inflammation aiguë, extension rapide de l'ulcération. On constate toutefois au-dessous de l'ulcération actuelle, sur l'index, un aspect scléreux de la peau ressemblant à une cicatrice de lupus scléreux de Vidal. L'auscultation dénote au sommet gauche en avant, une inspiration rude ; en arrière, il existe une légère submatité du même côté, dans la fosse sus-épineuse et à la base de l'épine de l'omoplate ; le sujet est maigre, mais l'a toujours été, pas de

sueurs nocturnes. Le second jour de son entrée, 25 avril 1894, on racle énergiquement toute la plaie et l'on cautérise à fond toute la surface ulcérée. Les gaines tendineuses paraissent saines, pansement à l'iodoforme, la plaie évolue rapidement et semble avoir un bon aspect de bourgeons de bonne nature, lorsqu'il sort le 1er mai, impatient d'aller revoir les siens. Nous avions trouvé la veille un peu de pus dans son urèthre, sans gonocoques, ni phénomènes de cystite ; sa femme a d'ailleurs une affection chronique de la matrice, et peut être fort bien, comme il le dit lui-même, la cause originelle de ce suintement uréthral. Au 1er juin, nous sommes sans nouvelles du malade, qui a promis cependant de nous tenir au courant de sa santé.

L'examen histologique d'un fragment incisé, fait avec l'aide et la direction de M. le Dr Audry, montre des lésions analogues aux pièces du cas précédent.

Examen histologique. — 1° *Hypoderme.* — Il présente des lésions extrêmement développées, caractérisées par l'existence de nappes de cellules embryonnaires presque continues. Dans certains points seulement, ces infiltrations se condensent et forment de véritables petits nodules dépourvus d'ailleurs d'enveloppe fibreuse, de cellules géantes au centre et qui ne sont caractérisées que par le resserrement des éléments qui les constituent. Çà et là on retrouve quelque trace des vaisseaux dans la zone des papilles et dans la zone sous-papillaire, on constate que l'infiltration diffuse dont nous venons de parler est peut-être un peu moins intense, ou plutôt répartie d'une manière plus inégale. Indépendamment de dilatations lymphatiques bien marquées, on y trouve les formations typiques de la tuberculose, c'est-à-dire les différents modes de tubercule histologique plus ou moins isolé avec des cellules géantes plus ou moins nombreuses, souvent très bien développées; on retrouve d'ailleurs ces éléments anatomiques (cellules géantes et nodules tuberculeux) jusqu'au voisinage immédiat de l'épiderme même. Çà et là un certain nombre de papilles présentent simplement des lésions inflammatoires d'apparence banale.

2° *Épiderme.* — L'épiderme a pris une apparence papillomateuse, extraordinairement prononcée, et il pousse d'une grande profondeur les prolongements les plus capricieux et les plus élégants. En dehors de ces anomalies extrêmes du développement, on trouve, en l'examinant de près, relativement peu de lésions, c'est-à-dire que la couche génératrice semble normale; que le corps de Malpighi, qui est évidemment l'objet d'une hypertrophie colossale, se présente d'autre part avec des éléments anatomiques d'apparence assez normale (pointes de Schültze, etc.). La diapédèse intra-épithéliale n'est pas très intense; rien de bien particulier dans l'état du protoplasme et du noyau. Entre les cellules, il semble qu'on trouve des débris de chromatine assez abondants ; dans quelques cas la diapédèse prend une grande intensité, les globules blancs remanient presque complètement l'apparence du tissu épithélial et les cellules du corps muqueux sont comme dissociées par elle. Au niveau du stratum granuleux, on constate un développement peut-être exagéré de l'éléidine de Ranvier (picro-carminate d'ammoniaque). Les couches cornées sont souvent

augmentées d'épaisseur, mais elles adhèrent mal au stratum granuleux ; en certains points, elles sont soulevées par des exsudats fibrineux qui contiennent un certain nombre de leucocytes ; les mêmes altérations se retrouvent dans les infundibulum pileux. Enfin, çà et là on retrouve manifestement, dans les couches superficielles de Malpighi, le début d'un travail de vésiculation. La méthode de Weigert a montré, à la surface de la couche cornée et au pourtour de petites lacunes vésiculaires, des micro-organismes en assez grande abondance et qui se présentent généralement sous la forme de cocci que nous n'avons pas déterminés autrement.

En résumé, lésions d'infiltration très diffuse et très intense dans les couches profondes du derme, lésions un peu moins limitées mais plus caractérisées au point de vue de l'apparence spécifique dans toute la zone papillaire et sous-papillaire, développement extrême des colonnes interpapillaires qu'on peut comparer à un papillome sans les identifier, bien entendu, hypertrophie due d'ailleurs à celle de la couche muqueuse du corps muqueux de Malpighi (acanthose), altération moyenne de la kératinisation (l'hématoxyline n'a pas montré de modifications bien considérables du côté de la kératohyaline ; cf. Buzzi) se traduisant par un léger degré d'hyperkératose, enfin infection secondaire du tégument par des microbes indéterminés (cocci).

Étiologie. — L'unanimité, peut-on dire, des auteurs et en particulier des Américains qui en ont fourni la preuve répétée, admet que la tuberculose verruqueuse est une tuberculose d'inoculation au même titre que le lupus scléreux et le tubercule anatomique : elle est même d'une gravité plus considérable que les deux formes précédentes ; seuls Riehl et Paltauf défendent encore la spécificité de leur maladie, et Riehl vient d'en multiplier même, sans motif, les formes, dans sa récente communication au Congrès de Breslau (14 juin 1894).

Riehl et Paltauf différencient leur maladie en se basant sur :

1° *Le mécanisme* (l'inoculation). — Mais on a pu voir par notre première observation que ce mécanisme ne peut toujours être mis en évidence, et de plus l'inoculation peut ne pas donner de résultats ;

2° *L'histologie*. — Or, nous voyons dans toutes ces lésions les mêmes formes anatomiques, qu'il s'agisse de l'une ou l'autre des trois variétés de la tuberculose non ulcéreuse ;

3° *Le bacille*. — Mais aujourd'hui on l'a mis en évidence dans toutes les modalités de la tuberculose cutanée ; seulement il y est plus ou moins abondant ;

4° *L'apparence clinique*. — Or, nous avons vu combien étaient dissemblables comme morphologie des faits comme notre première et notre deuxième observation, identiques cependant comme lésion histologique ; le cas de Morrow, que l'on classe également dans les tuberculoses verruqueuses, était encore plus singulier avec son aspect éléphantiasique.

Il y a en effet toutes les formes de transition entre le lupus ordinaire, le lupus scléreux, demi-scléreux, verruqueux, en placards à forme suppurée (Doutrelepont).

Nous concluons donc que si l'on considère le lupus comme une forme sous-épithéliale de tuberculose de la peau, on peut dire que la tuberculose verruqueuse n'en est qu'une variété; ce n'est pas un papillome, espèce nettement définie, mais un lupus papilliforme, un lupus verruqueux.

Lentigo malin des vieillards.

Par M. W. Dubreuilh.

Le lentigo malin des vieillards est une affection assez singulière sur laquelle M. Jon. Hutchinson a récemment attiré l'attention (1). Elle débute par une macule noire, siégeant à la partie supérieure de la joue, sur la paupière ou sur la conjonctive, variable de forme et d'étendue, au voisinage de laquelle peut apparaître tôt ou tard une tumeur maligne.

Cette macule est constituée par une simple pigmentation, il n'y a ni saillie, ni épaississement de la peau, et l'on ne peut pas constater d'autre altération que le changement de couleur. La plaque pigmentaire peut être unique ou constituée par un groupe de taches plus petites, confluentes ou isolées, mais alors très rapprochées, irrégulières mais bien limitées, et variant du brun sépia au noir. Si l'on suit les malades pendant quelques années ou même seulement quelques mois, on peut voir les taches changer de forme et d'étendue, de place et de teinte; elles peuvent grandir dans une direction et rétrocéder dans une autre; devenir plus foncées ou plus claires; disparaître en certains points sans laisser aucune trace, la peau reprenant un aspect tout à fait normal.

Cette tache persiste pendant des années, avec des variations insensibles ou au contraire très évidentes, puis à un moment donné apparaît sur la tache ou dans son entourage une tumeur ulcérée, infiltrée, à accroissement rapide, offrant tous les caractères d'une tumeur maligne. Cette tumeur enlevée, il peut en apparaître une autre quelques années après, dans le voisinage ou sur la cicatrice de la première opération; finalement, la récidive se fait dans les ganglions sous-maxillaires sans récidive locale. Les récidives successives présentent des caractères de malignité croissante, et en même temps la coloration mélanique qui pouvait manquer à la première tumeur s'accuse franchement dans les récidives (obs. III).

(1) J. Hutchinson. *Archives of Surgery*, t. III, p. 319; t. V, p. 253.

Au point de vue histologique, la tumeur paraît être assez variable. Dans l'obs. II, l'examen microscopique aurait montré un sarcome, mais je n'ai pas pu vérifier le fait qui me paraît contestable. Dans les obs. I et III, il s'agit d'un cancer à grandes cellules irrégulières infiltrées dans un tissu conjonctif très délicat (obs. I) ou complètement dépourvu de stroma (obs. III). Il s'agit là d'une variété d'épithéliome que j'ai observée quelquefois dans des cas particulièrement malins de cancer de la peau. Il est du reste intéressant de remarquer que dans l'obs. III, si la deuxième tumeur et sa généralisation ganglionnaire présentaient une structure identique, la première tumeur était constituée par un épithélioma de type assez différent.

Le lentigo malin atteint des sujets d'âge mûr ou des vieillards. Cependant, j'ai vu chez une femme d'une quarantaine d'années une tache tout à fait analogue, occupant la paupière inférieure et la pommette gauches, et qui avait débuté à l'âge de 18 ans ; je n'ai cependant pas pu examiner la malade d'assez près pour m'assurer des détails. Chose assez curieuse, dans les quatre observations que je rapporte, la lésion était également à gauche.

Il semble, au premier abord, qu'il y ait quelque analogie entre cette affection et le *xeroderma pigmentosum* des enfants, mais les différences l'emportent sur les analogies. Les deux maladies diffèrent par l'âge des sujets, la distribution des lésions, par la nature de la tumeur mélanique dans un cas et non dans l'autre; enfin, l'on ne trouve pas dans le lentigo malin des vieillards ces dilatations vasculaires et ces taches atrophiques du xeroderma. J'ai bien noté dans l'obs. IV une petite tache atrophique, mais il se pourrait bien que ce ne fût qu'une cicatrice de variole.

Obs. I. — *Mélanose et tumeur mélanique de la conjonctive* (1).

M. B..., âgé de 53 ans, cordonnier, s'est présenté pour la première fois à ma clinique en janvier 1867. A cette époque, j'ai constaté l'existence de plusieurs taches de couleur sépia, d'une grandeur variable entre celle d'une tête d'épingle et d'une grande lentille ; sur la conjonctive palpébrale inférieure et sur divers points de la conjonctive scléroticale de l'œil gauche. La tache la plus large est située près de l'angle interne de la conjonctive scléroticale. Toutes ces taches font corps avec la conjonctive ; car elles se déplacent avec cette membrane pendant les mouvements communiqués à cette dernière. Indépendamment de ces taches, toute la conjonctive scléroticale était imbibée de sang, lorsque je vis le patient pour la première fois le 2 janvier.

Sous l'influence de bains d'œil dans une solution de teinture d'arnica, additionnée d'hydrochlorate d'ammoniaque, cette ecchymose se résorba promptement. B... n'accuse aucune douleur. Il existe, de plus, une amblyo-

(1) Fano. *Gazette des hôpitaux,* 1872, 651.

pie congénitale, avec diminution dans l'acuité de la vision plus marquée à gauche qu'à droite. L'examen à l'ophtalmoscope démontre l'existence d'une scléro-choroïdite postérieure des deux côtés.

Dès que l'ecchymose de la conjonctive fut résorbée, B... renonça à tout traitement, et je le perdis de vue pendant cinq ans.

C'est le 4 avril dernier (1872) qu'il revint me consulter, parce qu'il s'était formé, depuis environ cinq mois, une tumeur vers la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, et que cette production morbide prenait de l'accroissement,

Je constatai que l'infiltration mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale, sous forme de taches de couleur sépia, se présente avec les mêmes apparences qu'il y a cinq ans. De plus il y existe, à la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, une tumeur constituée par deux portions : l'une comme pédiculée, du volume d'un haricot flageolet, de couleur vert sale, se continuant, vers le cul-de-sac oculo-palpébral supérieur, avec une autre tumeur du volume d'un gros pois, implantée dans l'épaisseur même de la conjonctive. La portion flottante de la tumeur cache un peu la partie interne de la cornée sans lui adhérer. La consistance de la masse morbide est celle du squirrhe. Pas de douleurs dans la tumeur : sensation de gêne et de larmoiement. La vision de l'œil gauche est restée au même degré que par le passé. Pas d'adénite parotidienne ni sous-maxillaire, santé générale bonne.

Je pratique l'ablation de la tumeur en deux temps ; d'abord la portion qui fait saillie entre les paupières, puis celle qui adhère au cul-de-sac oculo-palpébral. La portion attenante au cul-de-sac conjonctival est emportée en même temps. Deux petites artères, divisées pendant la dernière manœuvre, sont liées ; mais le fil qui les étreint les coupe, il se manifeste une petite hémorrhagie en nappe, qui s'arrête spontanément au bout de quelques instants.

L'opération n'est suivie d'aucune inflammation ; la plaie conjonctivale se recouvre bientôt d'un exsudat blanchâtre indiquant un commencement de cicatrisation, et le patient quitte ma clinique le 10 avril.

Examen de la tumeur par M. Perchant. — La production morbide paraît avoir pris naissance à la surface libre de la muqueuse conjonctivale ; elle est recouverte, dans toute son étendue, d'un épithélium pavimenteux.

Le tissu de la tumeur est formé d'amas de grosses cellules à noyau, polygonales, les unes presque régulières, hexagonales, le plus grand nombre déformées, présentant des angles plus ou moins aigus. Les parois des cellules sont très minces. Toutes ces cellules renferment une grande quantité de granulations pigmentaires en suspension dans une couche mince de liquide intra-cellulaire. Les granulations sont de couleur brun foncé dans les cellules qui en contiennent un grand nombre ; de couleur brun plus clair dans les cellules qui renferment un nombre relativement moindre de granulations. Le noyau des cellules est resté transparent et ne contient pas de granulations pigmentaires. Toutes ces cellules sont plus volumineuses que celles qui forment la couche pigmentaire de la choroïde.

Entre les amas de grosses cellules, on voit une mince trame de tissu cellulaire, quelques corps fibro-plastiques fusiformes, à un ou deux prolongements, quelques vaisseaux capillaires très fins à mailles polygonales, et quelques cellules épithéliales appartenant à la couche d'épithélium pavimenteux qui tapisse la surface libre de la muqueuse conjonctivale.

Le sang du sujet ne présente rien d'anormal; les globules ne sont pas modifiés et ne renferment pas de trace de pigment.

Obs. II. — *Tache mélanique de la face se déplaçant*; *tumeur mélanique consécutive* (1).

Justine N..., âgée de 69 ans, originaire de la Charente-Inférieure, entre à l'hôpital Saint-André le 31 mars 1888, dans le service de M. le professeur Demons.

Tous ses ascendants sont morts de vieillesse ou de maladies aiguës.

Elle-même n'a pas eu d'autre maladie antérieure que quelques attaques de rhumatisme.

Vers l'âge de 35 ans apparaît une petite tache brunâtre semblable à un signe et située à la partie inférieure de la tumeur actuelle. Cetta tache a augmenté peu à peu d'étendue en remontant vers l'œil, et chose remarquable cet accroissement n'était pas uniforme mais irrégulier dans sa marche, et tantôt la tache avançait dans un sens, tantôt dans un autre, en se retirant sur d'autres points de manière à affecter des formes diverses. Ceci est un fait bien précis dans les affirmations de la malade qui ne paraît pas vouloir nous induire en erreur ; nous citerons comme caractéristiques ce fait qu'à un moment la tache ressemblait à une personne, avec une tête et des prolongements figurant les quatre membres, ressemblance telle que les commères du pays croyaient à un sortilège jeté sur leur voisine.

Quoi qu'il en soit, il y avait là une tache unique, pas aussi noire que celle que l'on voit actuellement. Ceci dura jusqu'au mois de mars 1887 ; à ce moment apparut, environ au point central de la tumeur actuelle, une petite élévation, une sorte de verrue, qui, cautérisée à plusieurs reprises, reparut bientôt et alla toujours en augmentant. Chose curieuse, à mesure que cette tumeur se développait, la tache brune diminuait d'étendue pour se contourner à la partie supérieure. Là sa coloration s'est accentuée et a pris la couleur noire que l'on voit à présent. Un autre vestige de la grande tache primitive se rencontre un peu plus bas sous forme d'un petit point marron.

On trouve donc actuellement une tache de forme irrégulière située à un demi-centimètre du bord libre de la paupière inférieure, d'une coloration noire, limitée en bas par une bordure de quelques millimètres de largeur moins foncée et offrant une couleur marron. Cette partie claire descend à la partie externe vers le bord de la tumeur mélanique dont nous parlerons tout à l'heure. Elle semble avoir été produite par l'attouchement d'un caustique qui aurait attaqué la couleur primitive. Il nous a

(1) Henri Lamarque. — *Société d'anatomie de Bordeaux*, 9 avril 1888, p. 87. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 déc. 1888.

été donné de constater pendant le séjour de la malade dans le service qu'il s'agissait là d'une véritable résorption pigmentaire ; nous avons pu, en portant notre attention sur certains points, suivre jour par jour la décoloration progressive ; ce qui nous a paru confirmer les affirmations de la malade quand elle nous disait que la tache avait diminué de plus en plus à mesure que la tumeur augmentait. Cette résorption de pigment mélanique est fort remarquable, et nous ne croyons pas que ce fait ait été constaté antérieurement.

Au-dessous de cette tache principale on rencontre une autre petite tache brunâtre de trois millimètres environ de diamètre. Ce serait un vestige de la grande tache primitive qui s'étendait jusque-là, au dire de la malade. Enfin, plus bas se trouve une tumeur, de la grosseur d'une noix environ, ulcérée et peu colorée. Elle ne paraît pas adhérer aux parties profondes car des mouvements en divers sens peuvent lui être imprimés facilement. Enfin dans la région saine, située entre la tache supérieure, la tumeur et le petit point sus-mentionné, région qui aurait été noire primitivement, la peau ne paraît pas avoir sa couleur normale : elle semble décolorée et légèrement estompée de bleu.

Pas de douleurs si ce n'est quelques élancements au niveau de la tumeur. Santé générale conservée, pas d'amaigrissement appréciable ; pas d'engorgement ganglionnaire.

L'extirpation est pratiquée le 12 avril. Deux incisions courbes circonscrivent la tumeur qui est énucléée facilement. Les deux lèvres de la plaie sont rapprochées et réunies par des sutures au crin. Les taches mélaniques sont profondément cautérisées au thermocautère. La cicatrisation se fait sans incident, et la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie, le 6 mai 1888.

La tumeur, qui à l'extérieur nous avait paru peu colorée, offre à la coupe une teinte fortement mélanique. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de sarcome mélanique.

Dans une lettre datée du 24 octobre 1888, c'est-à-dire plus de six mois après l'opération, M. le Dr Dupond de Braud donne quelques renseignements complémentaires sur la malade.

« Depuis son retour, la femme N... n'a ressenti aucune douleur dans la joue gauche. A l'heure actuelle, la plaie opératoire est parfaitement cicatrisée, et la cicatrice n'a rien présenté d'anormal. Il existe seulement un gonflement de la région sous-maxillaire du côté gauche. La glande sous-maxillaire offre le volume d'une grosse noisette, elle est insensible à la pression et roule sous le doigt. Il y a à peu près quatre mois que cette femme s'est aperçue par hasard de cette tuméfaction. A ce moment elle a eu, dit-elle, la sensation d'une piqûre de mouche, elle y a porté vivement la main et a constaté qu'il existait du gonflement, mais elle croit qu'il pouvait en être ainsi depuis plus longtemps, mais qu'elle n'avait pas eu l'occasion de remarquer cette particularité. En somme, la femme N... ne ressent aucune douleur et vaque comme par le passé à ses travaux habituels. »

Un an après l'opération, la femme N... revenait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, avec une tumeur sous-maxillaire du volume d'une orange,

formée par des ganglions franchement mélaniques. Elle a été opérée de nouveau et est retournée chez elle. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

Obs. III. — B..., chiffonnier, âgé de 69 ans, se présente pour la première fois à ma consultation, le 11 décembre 1888.

Il y a vingt-cinq ans qu'il a été blessé à la joue gauche, et il a persisté à cet endroit non pas une cicatrice, mais une tache rouge de la grandeur d'une pièce d'un franc. Depuis deux ans, cette tache a commencé à se colorer en noir et à s'étendre progressivement. Enfin, depuis un an est apparue une petite tumeur au niveau de la tache rouge primitive.

On trouve actuellement sur la joue gauche, entre l'œil et la commissure labiale, une petite tumeur de 1 centim. de diamètre, circulaire, un peu rouge, modérément dure, un peu déprimée au sommet, qui est occupée par une ulcération du volume d'un grain de chènevis. Tout autour de cette cette tumeur se trouve une auréole de 4 centim. de diamètre, rouge, avec des marbrures brunes et noires, plus développées au-dessous qu'au-dessus de la tumeur. La peau ne présente à ce niveau aucune autre altération que le changement de couleur.

J'excise la petite tumeur et j'en cautérise la base avec de l'acide chromique.

La cicatrisation est complète le 22 décembre.

Le malade revient le 28 juillet 1892. Depuis trois semaines, est apparue une nouvelle tumeur, indépendante à la fois de la cicatrice laissée par l'opération précédente et de la tache pigmentée.

La pigmentation occupe actuellement l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, mais elle est disposée en plusieurs îlots. Une tache centrale de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes est à peu près noire ; les autres taches ont une teinte sépia plus ou moins foncée ; leur grandeur varie d'une lentille à une pièce de cinquante centimes, elles sont bien limitées et séparées par des bandes de peau saine non décolorées avec quelques dilatations vasculaires sans importance, car on les retrouve tout aussi nombreuses sur le côté opposé. Si on examine attentivement les taches on constate qu'elles sont granitées par suite de la présence de points plus foncés, irréguliers, sans rapports avec les poils. La peau ne présente pas d'autres altérations que le changement de couleur ; il n'y a aucune saillie, aucune infiltration ; l'épiderme est tout à fait normal.

Sur le bord supérieur de la plaque est une petite cicatrice due à l'opération faite antérieurement. Un peu plus haut, à un centimètre environ de la plaque pigmentaire, on trouve une tumeur nouvelle de la grosseur d'un pois, noirâtre, hémisphérique, saillante, enchâssée par un ourlet épidermique et paraissant être une croûte. En cherchant à l'arracher on voit que toute la partie saillante est constituée par une masse molle, noirâtre, tenace, d'aspect putrilagineux, se laissant détacher avec difficulté ; l'examen microscopique a montré que cette masse avait exactement la même structure que le reste du néoplasme. Après l'arrachement de cette masse putrilagineuse on trouve une ulcération superficielle taillée à l'évidoir, parfaitement circulaire, de la grandeur d'une lentille, entourée d'un très mince bourrelet épidermique ; le fond est marbré de rose et de noir ; la

base de l'ulcère est infiltrée mais sans dureté, il en est de même des bords.

Excision de toute l'ulcération au bistouri.

Les ganglions sous-maxillaires sont intacts.

28 décembre 1892. L'état de la tache est à peu près le même.

17 janvier 1894. La tache a singulièrement pâli quoiqu'elle se soit un peu étendue excentriquement. A la périphérie se trouve une zone brunâtre, à peine visible, interrompue par places ; puis une zone de peau tout à fait normale, ni pigmentée ni achromateuse ; enfin au centre une plaque ovalaire de 12 millim. sur 16, brun noir, bien limitée avec une bande transversale tout à fait noire de un millim. de large. La plaque pigmentée est en somme en voie de disparition. Les deux cicatrices opératoires sont blanches et souples.

10 mai 1894. Il est apparu depuis peu une nouvelle tache brune sépia de 15 millim. de large à la partie supérieure et interne de la joue. Les cicatrices sont parfaitement saines, mais depuis quinze jours le malade a remarqué dans la région sous-maxillaire gauche une grosseur qui s'accroît rapidement. On y trouve en effet un ganglion dur et mobile gros comme un œuf de poule.

Ce ganglion a été extirpé par M. le professeur Demons. Il est lisse, bien encapsulé, du volume d'un gros œuf de poule, de consistance molle ; à la coupe on trouve un tissu mou, grisâtre avec des marbrures noirâtres.

Examen microscopique. — I. Tumeur enlevée le 11 décembre 1888.

Le néoplasme est constitué par une masse compacte de cellules serrées et peu distinctes. Elles ont un noyau assez pâle, un protoplasme abondant, granuleux, restant incolore ; les cellules elles-mêmes sont du reste d'un volume médiocre. Il n'y a pas de tendance au groupement régulier des cellules, pas de dégénérescence colloïde ou de globes cornés, pas de filaments d'union.

II. — Deuxième tumeur enlevée le 28 juillet 1892. — Le néoplasme présente une structure histologique très différente. Il est formé d'un amas de grosses cellules irrégulières très lâchement unies, sans la moindre trace de stroma.

Les cellules présentent les plus grandes diversités de forme et de volume. Elles sont arrondies ou allongées en raquette ou avec des prolongements multiples. Les unes sont petites, la plupart sont assez grandes, quelques-unes sont énormes. Leurs noyaux sont volumineux, arrondis, munis d'un nucléole réfringent, ils sont presque toujours très pâles, à peine plus colorés que le protoplasma ; dans les préparations colorées par le bleu de méthylène polychrome de Unna et décolorées par l'éther de glycérine ou l'orcéine neutre, ils sont complètement décolorés à part quelques-uns qui offrent des figures karyokinétiques. Le protoplasme est très abondant, très granuleux, se colorant presque autant que le noyau. Un grand nombre de ces cellules contiennent des granulations brunes ou noires qui remplissent le protoplasma en respectant le noyau. Le pigment ne se trouve guère que dans les plus grandes cellules.

Outre ces cellules franchement épithélioïdes offrant tous les caractères de l'ancienne cellule cancéreuse, on trouve de petites cellules lymphoïdes

disséminées ou formant des amas irréguliers à protoplasma rare et à petit noyau fortement coloré.

Ces cellules ne présentent aucune disposition régulière, elles sont semées sans ordre, très peu serrées, laissant entre elles des espaces vides aussi grands que les cellules elles-mêmes, sans aucune substance intercellulaire, ni rien qui ressemble à un stroma. Leurs prolongements ne sont pas anastomosés, de sorte que les cellules ne paraissent avoir entre elles aucun lien.

Autour des vaisseaux seulement, on voit les cellules cancéreuses présenter une très vague disposition en revêtement cylindrique. Les vaisseaux peu nombreux ont une paroi mince mais nette, avec des fibres conjonctives et élastiques qu'on peut mettre en évidence par la fuchsine acide picriquée de van Gieson ou l'orcéine acide.

III. — Ganglion enlevé en mai 1894. Il présente exactement les mêmes caractères histologiques que la seconde tumeur de la joue, la structure en est peut-être encore plus lâche.

En somme, cette tumeur est un épithélioma à grandes cellules, c'est le type du carcinome. Elle ressemble beaucoup à certains cancers de la peau développés sur des nævi.

Obs. IV. — Mme B..., âgée de 66 ans, se présente à la consultation le 20 novembre 1892.

Elle a eu la variole en 1870. C'est à la suite de cette maladie qu'il est resté au niveau de la pommette gauche, une petite tache sombre qui s'est graduellement accrue.

On trouve actuellement au-dessus de la pommette gauche une plaque pigmentée de 4 centim. de largeur transversale sur 3 centim. de hauteur, arrivant à 1/2 centim. du bord palpébral. Cette tache est de forme très irrégulière, sa teinte générale est d'un brun sépia, mais non pas uniforme. Certaines parties sont brun pâle, d'autres presque noires; la couleur ne forme pas, comme dans le lentigo, des macules rondes d'une teinte uniforme, mais des ponctuations irrégulières brunes ou noires, isolées ou confluentes, semées sur un fond brun. Il n'y a pas d'autre altération de la peau que la seule pigmentation; le derme et l'épiderme ont leur épaisseur et leur souplesse normales. Aucune sensation anormale.

En un point de la plaque pigmentaire, vers son bord externe, on remarque une tache lenticulaire décolorée, plus blanche que la peau normale avec quelques petites dilatations veineuses.

Sur le reste de la face on note quelques altérations séniles, mais pas de taches de rousseur, pas d'acné sébacée partielle, pas de dilatations veineuses ; il y a seulement quelques cicatrices de variole ; eczéma séborrhéique du cuir chevelu ; prurit vulvaire intermittent.

Rien d'analogue dans les antécédents héréditaires.

La malade, qui n'habite pas Bordeaux, ne m'a pas donné de ses nouvelles, d'où je conclus qu'il n'y a rien de changé dans son état, car je lui avais fait les plus pressantes recommandations de m'écrire s'il survenait quelque chose de nouveau.

La traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis.

Par M. JULLIEN.

Scarenzio nous ayant appris l'efficacité du calomel en injection sous-cutanée, Bovero et Ruata ont essayé l'emploi du même sel en friction, et ont reconnu que ce procédé n'était pas sans valeur; cependant l'absorption se produisait ainsi d'une façon intermittente et exigeait une friction plus ou moins prolongée. Pour obvier à ce double inconvénient, Peroni a eu l'idée d'incorporer le calomel à la traumaticine dans la proportion de 25 p. 100, pour en badigeonner les malades.

J'ai mis à l'essai la pratique de Peroni, dans mon service, depuis un an environ, et j'en ai constaté les bons résultats. En faisant badigeonner la région dorsale trois fois par semaine, j'ai vu disparaître dans les délais habituels les accidents de la phase secondaire, cutanés ou muqueux.

L'absorption du remède m'a été prouvée à plusieurs reprises par l'analyse des urines que je pratiquai au moyen du procédé de Ludwig et qui fut contrôlée par M. Girard, chimiste du laboratoire municipal, à l'aide de la pile de Smithson. De plus, j'ai observé deux cas de gingivite caractéristique ; l'enduit est bien supporté par la peau ; je n'ai vu qu'un seul cas d'intolérance chez une malade dont le tégument devenait très vite le siège d'érythème et de cuisson. L'adhérence de ce vernis est telle qu'il résiste même à la balnéation. J'ajouterai que j'ai pu donner à mes malades des bains sulfureux sans amener la transformation du calomel ; sur des lames de verre enduites de ce produit et macérant dans la solution de Barèges, la décomposition en protosulfure noir ne s'opère qu'au bout de plusieurs heures.

Évidemment ce mode de traitement n'a pas l'efficacité rapide de l'injection. Il mérite cependant de prendre place dans notre arsenal thérapeutique, et convient particulièrement aux sujets dont les voies digestives offrent quelque susceptibilité, surtout lorsque des lésions s'étalent sur le tégument, car l'action topique sur les syphilides est très remarquable.

Ce sujet a été étudié par M. Cauchard, dans sa thèse inaugurale (1894), d'après les renseignements recueillis dans mon service.

Dispositif anatomique et mécanisme de l'excrétion des glandes sudoripares.

Par M. le professeur J. Renaut (de Lyon).

On sait, depuis les travaux de Heynold (1), que la portion sécrétante des glandes sudoripares est munie de fibres musculaires lisses d'origine myo-épithéliale. C'est-à-dire que ces fibres musculaires, occupant une position intermédiaire à la membrane propre ou vitrée, et à l'épithélium sécréteur du type séreux et prinélogène à la fois, se sont développées aux dépens de certaines cellules épithéliales du germe ectodermique primitivement plein de la glande. Quand l'évolution de ce germe est arrivée à son terme, le tube glandulaire se réduit dans tout son parcours intra-dermique à deux assises de cellules. Au niveau du canal excréteur, on trouve de dehors en dedans : a) la vitrée, *b*) une couche de cellules prismatiques répondant à la couche génératrice, *c*) une couche de cellules également prismatiques basses, limitées sur un côté de la lumière, c'est-à-dire sur leur surface libre, par une cuticule très nette.

Dès que le tube glandulaire, cessant d'être simplement vecteur, devient sécréteur, il se renfle brusquement et prend un calibre qu'il conservera jusqu'à son extrémité borgne ou terminale. A ce niveau, on trouve encore de dehors en dedans trois formations. Ce sont : a) la vitrée, sillonnée de crêtes d'une finesse extrême, *b*) les cellules myo-épithéliales, *c*) l'épithélium sécréteur bien connu, bordant la lumière.

Ranvier (2), qui a étudié avec beaucoup de soin les glandes munies de muscles myo-épithéliaux (glandes de la nyctitante de la grenouille et glandes sudoripares), a conclu que, dans les sudoripares, la couche des cellules contractiles est discontinue (3). Il considère le revêtement épithélial de la portion sécrétante du tube sudoripare comme formé d'une assise unique. Le corps, ou portion renflée de chaque cellule myo-épithéliale renfermant le noyau, prend suivant lui rang dans l'écart des pieds des cellules glandulaires. La portion contractile, étirée en fibre, contourne en spirale le tube glandulaire, en enfonçant dans les creux des crêtes de la vitrée des reliefs longitudinaux.

Dans les intervalles des cellules myo-épithéliales, il resterait donc « des fentes dans lesquelles les cellules glandulaires envoient des prolongements pour se mettre en rapport avec la membrane propre ».

(1) Heynold. Ueber die Käuneldrüsen des Menschen. *Arch. de Virchow*, 1874, p. 77.

(2) Ranvier. *Journal de Micrographie*, 1884, p. 30.

(3) Ranvier. *Traité technique d'histologie* (2ᵉ édition), p. 690.

Cela posé, si l'on pratique dans le derme, au moment ou peu après que la rigidité cadavérique s'est produite, une injection interstitielle de liquide osmio-picrique argentique (1), partout où l'injection a pénétré, les plans endothéliaux, ceux de fibres lisses, les épithéliums, sont fixés net dans leur forme et imprégnés d'argent d'une façon à la fois complète, très délicate et très pure, si le mélange fixateur et imprégnateur a été bien calculé. Les vaisseaux lymphatiques sont comme insufflés et se montrent à l'état de déploiement complet, sur les coupes faites après qu'on a achevé le durcissement par l'alcool, et qu'on a exposées suffisamment longtemps à la lumière diffuse. Dans ces conditions, les glandes sudoripares qui ont été atteintes montrent d'emblée, à la face interne de leur vitrée et au-dessous de l'épithélium sécréteur, une imprégnation magnifique des cellules myo-épithéliales. Celles-ci forment une couche absolument continue, contrairement à ce qu'avait avancé Ranvier. La disposition spiroïde rappelle absolument celle des fibres musculaires lisses d'une artériole.

Le plan d'imprégnation passe, sans s'interrompre, sous les pieds des cellules glandulaires qui constituent une rangée plus interne, et qui bordent la lumière. Celle-ci est régulière, béante, sur de telles glandes fixées au repos, quand des cellules myo-épithéliales ont eu le temps de devenir inexcitables.

Sur les coupes minces, transversales ou obliques, colorées soit à l'éosine hématoxylique, soit au carmin aluné, on peut se rendre compte de la forme exacte des cellules myo-épithéliales et de leur position dans le revêtement glandulaire. Elles sont formées chacune d'un corps cellulaire clair, renfermant un noyau allongé dans le sens de l'élément.

La coupe de ce corps et du noyau offre un aspect tout à fait analogue à celle des ventres des cellules musculaires lisses des artérioles voisines. Le corps prend seul place entre les pieds des cellules glandulaires.

Au-dessous de lui, s'étend, tangentiellement à la surface interne de

(1) Le mélange employé consiste en *quatre centimètres cubes* du mélange suivant :

Solution concentrée d'acide picrique dans l'eau distillée... 4 volumes
Solution d'acide osmique à 1 p. 100 dans l'eau distillée.... 1 volume

et *d'un centimètre cube* de solution de nitrate d'argent dans l'eau distillée à 1 p. 100.

On charge de ce liquide une seringue de Pravaz munie d'une canule d'or ou de platine iridié, et l'on pique aussi superficiellement que possible dans le derme pour remplir en même temps les lymphatiques. Quand l'injection a bien pénétré (ce qu'on reconnaît à ce qu'il se forme un nuage jaune qui se développe marginalement autour du point piqué), on plonge le fragment de peau dans l'alcool fort. Au bout de 24 heures, on fait les coupes et, après ou sans les avoir colorées par les procédés ordinaires, on les éclaircit par l'essence de girofles et on les monte dans le baume au xylol.

la vitrée, la portion ou *semelle contractile.* C'est un ruban musculaire, formé de cylindres primitifs brillants et qu'on peut compter, étiré en une fibre plate à direction spiroïde partout chez l'homme, à direction longitudinale dans la portion ascendante et droite du tube sécréteur qui, chez le chat, se dégage du glomérule pour joindre par un trajet rectiligne le canal excréteur non musclé. A leurs extrémités, les semelles contractiles se comportent comme les fibres musculaires lisses des artérioles. Elles sont fusiformes, ou bifides, ou encochées. Le point important, c'est qu'elles forment un revêtement continu à la surface interne de la membrane propre, comme les fibres lisses d'une artériole, au pourtour du vaisseau. Les cellules glandulaires s'insèrent sur le plan des semelles contractiles, qui partout les sépare de la vitrée. L'épithélium de la portion sécrétante des glandes sudoripares est donc stratifié, formé de deux assises superposées tout comme celui du canal excréteur. L'assise la plus interne est constituée par une rangée unique et continue de cellules glandulaires ; l'assise la plus externe répond à une rangée, également unique et continue, de cellules myo-épithéliales. Tous ces éléments sont unis entre eux par des lignes de ciment, réduit en noir.

Les cellules myo-épithéliales occupent, à la surface interne de la membrane propre, la position de la couche des cellules génératrices de l'ectoderme du germe plein des sudoripares. Leur ligne se continue avec celle des cellules génératrices du canal excréteur. Le corps des cellules myo-épithéliales du tube sécréteur et ceux des cellules génératrices du canal excréteur, ont d'ailleurs (après fixation et imprégnation par la méthode que je viens de décrire), une apparence tellement identique, qu'on ne les distingue que parce que, là où commence le canal excréteur, l'imprégnation du plan des semelles contractiles cesse net d'exister.

Si l'on a pratiqué l'injection interstitielle de liquide osmio-picrique argentique dans le derme vivant d'un orteil ou d'un doigt qui vient d'être amputé, on obtient un résultat tout à fait inattendu. En diffusant dans le derme, le réactif atteint les sudoripares munies de muscles myo-épithéliaux encore parfaitement vivants et excitables. Il commence par exciter ces muscles, puis ensuite les fixe net, et les imprègne d'argent à l'état de contraction. On peut dès lors, sur les coupes, se rendre compte des modifications éprouvées par la glande quand son appareil contractile entre en jeu. On a saisi et fixé dans son stade d'excrétion active le petit organe glandulaire ; et à loisir on peut l'observer tel qu'il devient alors, dans l'instant bref qui répond à l'expulsion du produit de sa sécrétion.

Le plan d'imprégnation des lamelles contractiles est toujours continu à la face interne de la membrane propre. Les semelles sont plus courtes et forment des ventres. La lumière glandulaire est

devenue irrégulière, parfois effacée totalement. L'épithélium sécréteur est bouleversé, formé de cellules les unes larges, les autres étroites, dont le corps protoplasmique, mou et ductile, a subi toute sortes de déformations pour prendre place. Au lieu d'être à la même hauteur dans les cellules consécutives, les noyaux se superposent, et sous un faible grossissement on croirait que l'épithélium sudoripare est devenu stratifié. Les corps des cellules myo-épithéliales forment de grands cercles clairs entre les pieds des cellules glandulaires. Bref, on voit d'emblée qu'en entrant en jeu, les muscles myo-épithéliaux ont exprimé puissamment la glande comme une éponge qu'on tord pour en exprimer le suc. La simple inspection des préparations donne d'emblée, mais peut seule fournir la notion de l'action énergique d'expression qui s'opère alors, et si brusquement, que sous l'influence d'un réactif qui fixe instantanément les éléments des tissus en même temps qu'il les excite, on a figé pour jamais en une préparation persistante, une série de déformations si marquées qu'on est forcé de les considérer comme parvenues d'emblée à leur maximum.

Je serai heureux de montrer à mes collègues de la Société de dermatologie des préparations qui démontrent ce fait nouveau de la continuité parfaite du plan myo-épithélial des sudoripares, et qui à bien peu de chose près, je crois, réalisent en outre ce desideratum exprimé il y a dix ans par mon éminent maître Ranvier. « On discute — a-t-il dit (1) — même sur la nature des éléments qui composent la couche musculaire : on a soutenu, par exemple, qu'ils ne sont pas musculaires. Or, il est très difficile — personne ne l'a tenté — de prendre une glande sudoripare de l'homme ou d'un mammifère, avec son nerf, de la placer dans le champ du microcospe et d'exciter la glande ou le nerf, de manière à agir sur les fibres pour voir si elles se contractent : cela paraît impossible. »

En présence de cette impossibilité, j'ai agi comme Ranvier recommande de faire en pareil cas. J'ai tourné la difficulté, excité, fait contracter et fixé la glande en contraction en imprégnant d'argent les muscles myo-épithéliaux. Nous avons donc vu ceux-ci contractés, et en même temps nous avons constaté les effets de leur contraction sur l'épithélium glandulaire. Le problème me paraît ainsi résolu ; et le mécanisme de l'excrétion exoglandulaire des sudoripares est saisi sur le fait et mis en pleine lumière.

(1) D. Ranvier. *Journal de Micrographie,* 1884, p. 31.

Récidives périodiques in situ d'un érythème polymorphe,

Par H. HALLOPEAU.

On connaît les variétés symptomatiques des érythèmes polymorphes; elles sont tellement nombreuses que les auteurs les plus scrupuleux renoncent à les décrire dans leur ensemble. Nous croyons cependant devoir signaler le fait anormal qui fait l'objet de cette communication, car son intérêt ne réside pas dans une particularité de l'aspect extérieur des lésions. mais bien dans une évolution toute particulière et non signalée, à notre connaissance, de la maladie.

Madame A..., âgée de 50 ans, est une névropathe. Elle a eu, il y a 15 ans, après un violent chagrin, des troubles psychiques; en octobre 1893, après une suspension des règles qui a duré cinq mois, elle voit apparaître sur le dos de la main gauche, au niveau de l'extrémité antérieure du deuxième métacarpien, une tache érythémateuse du volume d'une pièce de vingt centimes; elle avait éprouvé la veille de la céphalalgie et du malaise général; la tache est saillante légèrement et entourée d'un rebord marginé plus vivement coloré et formant un relief plus prononcé; elle est le siège d'une assez vive cuisson; au bout de quatre jours, elle s'affaisse et pâlit; il persiste néanmoins une teinte un peu plus sombre du tégument.

Les mois suivants, les règles reviennent, et chaque fois la tache se reproduit, exactement avec les mêmes caractères, mais en s'agrandissant un peu, dans la même région et avec la même évolution. Lors de la poussée de décembre, une seconde tache s'ajoute à la première : elle occupe dans presque toute son étendue la face palmaire de la première phalange du pouce de la main droite. Les mois suivants, les deux taches réapparaissent dans les mêmes conditions.

En mars 1894, aux plaques des mains, s'ajoute une tache semblable au-dessous du côté gauche de la lèvre inférieure, et une autre sur le bord gauche de la lèvre supérieure.

En avril, mêmes localisations que le mois précédent, mais, pour la première fois, l'éruption devient bulleuse en même temps que papuleuse : les bulles sont limitées à la plaque éruptive du pouce et de la lèvre supérieure; leur contenu se concrète bientôt en croûtes mélicériques.

En mai, mêmes éruptions sur les mêmes parties des mains et du visage; il s'y ajoute une plaque qui intéresse le lobule du nez, et comme celle de la lèvre devient vésiculeuse.

En juin, mêmes phénomènes. Le 25 juillet, l'éruption se manifeste pour la première fois en dehors des règles, six semaines après la précédente poussée. Le jour précédent, Madame A..., a éprouvé, comme les autres fois, de l'agitation, de la céphalalgie, du malaise général, des nausées et une sensation passagère de fièvre. L'éruption se produit dans la matinée avec les mêmes caractères que les fois précédentes. Mme A... vient nous consulter, et nous constatons les faits suivants. A la main gauche, une seule

plaque occupe la face palmaire de la première phalange du pouce : elle est bulleuse ; de même, à la main gauche, une plaque unique siège dans la région indiquée précédemment ; elle atteint aujourd'hui les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Leurs rebords sont marginés.

Au visage, on voit deux plaques au-dessous de la lèvre inférieure gauche ; une autre occupe la commissure correspondante, une autre la moitié gauche de la lèvre supérieure ; enfin le lobule du nez est le siège d'une plaque surmontée d'un groupe de vésicules, relativement volumineuses, remplies d'un liquide séreux ou purulent, très analogues par leur aspect à des vésicules d'herpès.

La muqueuse buccale et les autres parties de la surface cutanée sont indemnes.

Les troubles généraux ont cessé.

Ce qui nous paraît digne d'attention dans ce fait, ce sont, d'une part, la fréquence et la multiplicité des récidives, et, d'autre part, leur localisation constante dans un petit nombre d'endroits, toujours les mêmes.

On ne possède jusqu'ici aucune donnée sur la cause prochaine des localisations de ces érythèmes. Elles offrent ici des caractères tout à fait exceptionnels : ce n'est pas d'emblée, en effet, que les plaques ont intéressé, comme elles le font actuellement, à la fois les deux mains et le visage ; lors des premières poussées, il n'y avait qu'une seule plaque, puis une seconde est survenue, puis l'éruption s'est étendue au visage, et chaque fois c'est identiquement dans les mêmes parties, avec les mêmes caractères, que la dermatose s'est reproduite ; chaque fois, les régions précédemment intéressées l'ont été de nouveau et suivant un mode identique pour chacune d'elles ; il y a là une marche toute particulière et que nous n'avions pas encore vue indiquée.

Comment s'expliquer ces faits ?

L'apparition presque constante de l'éruption à l'époque des règles semble bien montrer qu'il y a un rapport entre les deux ordres de phénomènes, et le retard qui s'est produit la dernière fois peut être mis sur le compte de l'âge, voisin de la ménopause.

Nous pouvons, d'autre part, formuler une hypothèse vraisemblable relativement à la réapparition constante des éléments éruptifs dans les parties primitivement intéressées ; nous avons vu, en effet, qu'elles laissent à leurs places des macules persistantes ; ne peut-on pas supposer que les parties ainsi altérées constituent des terrains plus sensibles que les parties non altérées jusque-là, à l'action des ptomaïnes qui, selon toute vraisemblance, sont les agents pathogénétiques de ces érythèmes ? Cette interprétation nous paraît des plus vraisemblables.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions qui nous paraissent ressortir de cet exposé :

1° *Des poussées d'érythème polymorphe peuvent se reproduire avec des caractères identiques à chaque époque menstruelle ;*

2° *Il peut n'y avoir au début qu'une seule localisation ;*

3° *Les manifestations peuvent devenir graduellement plus nombreuses, en se reproduisant toujours exactement dans les points*

primitivement envahis avec les mêmes caractères, ici d'érythème papuleux, là d'érythème bulleux ;

4° Ces récidives constantes dans les mêmes régions peuvent s'expliquer par la moindre résistance qu'opposent à l'action des toxines autochthones les parties intéressées par les précédentes éruptions.

M. Brocq fait remarquer que dans ces cas il faut toujours chercher si les malades ne prennent pas de l'antipyrine ; la communication de M. Hallopeau laisse de côté cette cause médicamenteuse.

Cependant, en dehors de l'antipyrine, il a observé deux fois, chez des dames, une éruption érythémateuse, papuleuse et même vésicalo-bulleuse récidivant dans les mêmes régions mais ne coïncidant pas toujours avec l'époque menstruelle.

Hérédo-syphilis maligne ultra-tardive.

Par MM. Ganzinotti et Étienne, de Nancy.

Les auteurs relatent l'observation d'une jeune fille née de parents syphilitiques et restée indemne de tout accident héréditaire jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A ce moment, quelques jours après un traumatisme de la région, apparaissent des gommes du crâne, puis des gommes au niveau du genou gauche, atteint quelque temps auparavant d'une entorse. Un peu plus tard, tout à coup, éclatent des accidents cérébraux extrêmement graves (coma, hémiplégie) qui cèdent très rapidement à la suite de quelques injections de peptonate mercurique. La guérison se maintient pendant huit mois. Cette personne est alors atteinte d'une irido-choroïdite qui disparaît bientôt devant le traitement spécifique. Enfin, tout dernièrement, à vingt-neuf ans, des accidents faisant craindre l'évolution d'une tuberculose pulmonaire rétrocèdent complètement après cinq injections.

Il est à noter que la mère et un frère parvenu à l'âge adulte ont présenté, eux aussi des symptômes très nets de syphilis cérébrale.

Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant.

Par M. Meneault.

J'ai l'honneur de présenter des lambeaux épidermiques de remarquables dimensions (sandales, gants, revêtement des bras, etc.) Ces débris recueillis depuis déjà deux ans et demi n'ont subi aucune préparation et proviennent d'un vigoureux gaillard de 40 ans, qui,

tous les ans, à de rares exceptions, depuis l'âge de 24 ans, au printemps, est pris de ce qu'il appelait sa *miliaire*.

Brusquement, comme dans un embarras gastrique fébrile, il présente un malaise général, des frissons, de la courbature, de la céphalalgie, de l'inappétence, un état saburral très marqué de la langue, des nausées. En même temps se montra une sensation de chaleur sur la peau avec léger prurit. Il se couche alors et au bout de 5 à 6 heures il est rouge comme un scarlatineux en pleine efflorescence. L'agitation est extrême, les urines sont rouges et troublées, non albumineuses, la soif vive; la température atteint 39°,8.

Pendant trois à cinq jours, la rougeur persiste franchement écarlate, sans sudamina, avec légère bouffissure des paupières et des doigts. Puis les phénomènes généraux cèdent, la fièvre tombe, et commence une desquamation de la langue d'abord, puis du cou, des plis articulaires.

Dans la barbe et les cheveux, dans les régions garnies de poils, l'épiderme se fragmente en pellicules. Dans les régions planes et lisses, aux membres, aux pieds, il se fait un soulèvement en bloc. Avec des précautions, le patient pourrait, semble-t-il, sortir de son enveloppe comme d'un suaire, comme une couleuvre de sa peau à l'époque de la mue. N'est-ce pas d'ailleurs une mue que cette desquamation régulière au début de chaque printemps, à jour à peu près fixe?

Huit jours après le début, le patient se considère comme guéri. Il mange, boit, vaque à ses affaires ; seulement il pèle, et cela pendant une quinzaine de jours. Jamais les cheveux ni les poils ne tombent, et ils sont abondamment fournis. Quant aux ongles, ils participent eux aussi à la mue, mais d'une façon lente et progressive : peu à peu on voit surgir au niveau de la lunule une saillie transversale qui chemine insensiblement vers le bord libre en poussant devant elle l'ongle qui est terne, rainé, et en remorquant pour ainsi dire au-dessus d'elle un ongle neuf, lisse et rosé. Quatre mois après l'érythème, la saillie est arrivée aux trois quarts de sa route. Cette modification n'a lieu qu'aux mains ; les ongles des orteils restent sans modifications apparentes.

Malgré toutes les enquêtes, les causes de cette dermatite échappent absolument : elle n'est pas de source alimentaire ni médicamenteuse, elle est primitive. Personne dans la famille du malade n'en a donné d'exemple, ni ses père et mère, ni ses enfants.

C'est bien là l'érythème desquamatif scarlatiniforme récidivant de cause inconnue.

Le Secrétaire,

W. Dubreuilh.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE

La première réunion de cette Société, récemment fondée, a eu lieu le 12 avril.

A cette séance, le Dr Pye Smith a été élu *président.* — *Vice-présidents :* professeur Mac Call Anderson, Dr Huglings Jackson, Dr Robert Liveing et Dr Samuel Wilks. — *Membres du conseil :* M. W. Anderson, Dr R.-L. Bowles, Dr Radcliffe Crocker, Mr. A.-J. Harrison, Mr. Jonathan Hutchinson, Dr Allan Jamieson, Dr Stephen Mackenzie, M. Buxton Shillitoe, professeur Walter G. Smith, M. Warren Tay, Dr Frederick Taylor, Dr J.-T. Payne. — *Trésorier :* M. Alfred Cooper. — *Secrétaires honoraires :* J. Herbert Stowers et M. Marmaduke Sheild.

Un congrès d'inauguration a eu lieu le 30 mai ; le 31, une discussion s'est ouverte au sujet de la thérapeutique thyroïdienne, dans les maladies de la peau, par un discours du Dr Byrom Bramwell (analysé d'autre part). Le soir, présentation de dessins, de gravures, de chromolithographies, de préparations microscopiques, par MM. Abraham, W. Anderson, Payne, Crocker, Alfred Eddowes, Savill, S. Taylor, Stowers.

Cette nouvelle société est indépendante de la Société de Dermatologie de Londres, laquelle fonctionne depuis treize années, et constitue une société fermée, avec un nombre de membres limité. Louis Wickham.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STYRIE

Séance du 12 mars 1894.

Syphilis chez les enfants assistés.

M. Loos appelle l'attention de la Société sur la propagation de la syphilis chez les enfants assistés.

A la clinique du professeur Escherich on reçut au mois de février dernier un enfant de 21 mois atteint d'accidents syphilitiques secondaires. L'enquête sur la source de l'infection révéla que chez la même femme nourricière se trouvait placé encore un autre enfant affecté de syphilis héréditaire, qui avait infecté l'enfant mentionné ci-dessus ainsi que la nourricière elle-même. L'infection s'était vraisemblablement faite par l'intermédiaire du biberon que les mères et les gardes ont l'habitude d'humecter dans leur bouche avant de le donner aux enfants.

A ce propos, le Dr Loos rapporte une série d'autres cas dans lesquels des enfants atteints de syphilis héréditaire ont infecté leurs frères et sœurs plus âgés ou transmis leur maladie à d'autres enfants.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 18 avril 1894.

PRÉSIDENCE DE M. HEBRA

Syphilis et folliculite.

M. LANG présente une femme de 40 ans, atteinte d'une gomme syphilitique de la partie antérieure du trapèze du côté droit, avec périostite du temporal gauche et une éruption de nature bizarre dont la distribution correspond à celle des follicules: Cet exanthème est surtout localisé dans les régions sous-clavière et axillaire, sur les parties inférieures de l'abdomen, la région inguinale et les parties génitales externes; il est constitué par des papules disséminées, assez dures, disposées en stries et lignes. Les efflorescences sont principalement accumulées sur les grandes lèvres où elles atteignent fréquemment la grosseur d'un pois. Cette éruption se rapproche le plus du lichen, elle existe depuis douze ans; comme traitement on a employé l'arsenic à plusieurs reprises.

M. KAPOSI fait remarquer que les papules actuelles n'ont rien de caractéristique pour le lichen ruber plan. Parfois on en observe de semblables dans le lichen ruber plan ayant persisté longtemps, chez les malades qui ont pris de l'arsenic, parfois aussi après le pemphigus.

Cet état des follicules dû à une accumulation de smegma dans le follicule pourrait plutôt être regardé, s'il y avait eu auparavant un lichen ruber plan, comme un symptôme consécutif de ce genre.

M. NEUMANN croit également qu'il s'agit ici d'une rétention de smegma dans les follicules.

Pemphigus foliacé.

M. SPIEGLER présente une femme âgée atteinte de pemphigus foliacé depuis plus d'un an. A son entrée à la clinique, il y a six mois, il existait des éruptions généralisées assez abondantes de pemphigus vulgaire qui disparurent au bout de quelque temps. Après un certain intervalle, nouvelle éruption, cette fois de pemphigus foliacé. C'est là un exemple montrant que les phases éruptives du pemphigus peuvent être différentes dans un même cas.

M. V. HEBRA pense qu'on a affaire dans ce cas à un pemphigus serpigineux car il n'y a pas de formation effective de bulles ni d'amas caractéristiques de masses épidermiques. D'autre part la progression serpigineuse est nettement visible. La présence de plaques rouges sur lesquelles l'épiderme est exfolié, rappellerait les cas que During a décrit sous le nom de dermatite herpétiforme.

M. KAPOSI maintient le diagnostic de pemphigus foliacé ; avant le traitement on aobservé les dépôts épidermiques caractéristiques. Quant à l'absence des bulles, il est vrai qu'il ne s'en produit pas au sens anatomique du mot, ce serait alors un pemphigus vulgaire. Il se forme de prime abord, chez certains individus, des bulles flasques dont le revêtement épider-

mique est ridé et se déchire facilement, de telle sorte qu'il se produit de bonne heure des plaques dépourvues d'épiderme. La suffusion séreuse de l'épiderme s'étend à la périphérie; formation bulleuse. Par suite de cette progression périphérique la peau se détache par lambeaux. Quand ce processus envahit de grandes surfaces les malades succombent comme à la suite d'une brûlure. Le pemphigus serpigineux peut aussi résulter du pemphigus vulgaire, la suffusion séreuse s'étendant d'un seul côté de la bulle. En cas de progression lente, l'épiderme a le temps de se régénérer et on a la forme décrite sous le nom de pemphigus circiné. Au point de vue du pronostic l'orateur pense que grâce aux ressources thérapeutiques acquises dans ces dernières années, il est moins absolument grave qu'autrefois, mais il reste toujours défavorable et en particulier dans le cas actuel.

M. Neumann. — Il n'y a que le pemphigus végétant dont le pronostic soit absolument défavorable.

M. Kaposi le reconnaît, mais il fait remarquer qu'il y a ici aussi des cas à marche très lente.

Lupus vulgaire papillaire hypertrophique.

M. Neumann. — Il s'agit d'un journalier de 57 ans présentant sur le dos de la main droite des excroissances papillaires volumineuses, d'un centimètre de hauteur, fendillées, s'étendant jusqu'au milieu de la face d'extension des doigts. Les bords sont le siège d'une infiltration dure; centre ulcéré ; l'examen histologique a montré qu'on avait affaire à un carcinome sur une base typique. L'affection existerait depuis plus de vingt-cinq ans. Sur la face dorsale de la main gauche, infiltrat de la dimension du creux de la main, constitué par des nodosités lupiques et confluentes. Lésions lupiques au pli du coude droit.

Lichen ruber acuminé et lichen plan.

M. Neumann présente un malade âgé de 38 ans, ayant sur le tronc des papules confluentes de lichen ruber acuminé; sur le dos de la main et autour des poignets les efflorescences caractéristiques du lichen plan. La surface de la langue, la muqueuse labiobuccale sont en outre le siège de taches et de stries blanc bleuâtre intense, entre lesquelles se trouvent des surfaces dépourvues d'épithélium, recouvertes en partie d'un dépôt lardacé.

M. V. Hebra fait remarquer que ce cas est très curieux, et que si les deux affections sont congénères, ce qui ne paraît pas encore démontré, toutes ses idées à ce sujet doivent être modifiées.

M. Kaposi regarde les deux formes comme congénères. Il a vu des cas avec lichen ruber plan typique, notamment sur les parties génitales et avec lichen ruber acuminé sur d'autres régions du corps, en particulier sur le tronc et les membres inférieurs.

Lupus traité par l'excision profonde.

M. Nobl présente deux malades du service de Lang. Dans ces deux cas,

on a fait l'extirpation des foyers lupiques et l'autoplastie par le procédé de Thiersch. Sauf une légère rétraction des cicatrices, il n'y a pas eu de récidive depuis l'opération, pratiquée dans un des cas fin janvier, et dans l'autre fin février.

Blennorrhagie rectale et chancre infectant du rectum.

M. Nobl présente une femme atteinte de ces deux affections. En écartant les plis de l'anus, il s'écoule une grande quantité de pus contenant de nombreux gonocoques. Sur la paroi postérieure du rectum, au-dessus du sphincter, ulcère induré, visible à l'aide du spéculum. Le mucus du col, la sécrétion des glandes de Bartholin, et la matière enlevée par le raclage de la muqueuse uréthrale, ne renferment pas de gonocoques.

A. Doyon.

Séance du 2 mai 1894.

Présidence de M. Lang

Lichen syphilitique.

M. Neumann présente une femme atteinte d'un lichen syphilitique exceptionnellement étendu. Le dos, les fesses, la peau de l'abdomen, notamment au-dessous des seins, sont envahis par des papules gris-sale, confluentes, recouvertes de squames et de croûtes ; sur les membres et la nuque, efflorescences isolées. Cicatrices scrofuleuses sur le cou et la face.

Discussion.

M. Mracek. — Le lichen syphilitique s'observe principalement chez les individus scrofuleux ou tuberculeux.

M. Ehrmann dit que le lichen des scrofuleux et la syphilide miliaire peuvent exister simultanément, et cite un cas de ce genre où le lichen des scrofuleux a disparu rapidement sous l'influence de badigeonnages d'huile de foie de morue. Le nom de syphilide papuleuse pour désigner ces affections concorde sans doute avec les données microscopiques, mais non avec l'aspect macroscopique. En se plaçant à ce dernier point de vue, on pourrait parler d'une syphilide pustuleuse ou papulo-pustuleuse.

M. Cehak regarde l'expression de « rupia miliaire » comme admissible, sauf que le processus ne progresse pas, mais reste le même.

M. Grunfeld est d'avis que la syphilide à petites papules tient le milieu entre la phase papuleuse et la phase gommeuse. Les noms de rupia, d'herpès conviennent seulement pour quelques cas. L'opiniâtreté de la marche et la terminaison par dépression et pigmentation, comme dans la gomme, indiquent que l'on n'a pas affaire ici à une forme secondaire. L'expression syphilide à petites papules n'est donc pas appropriée, car cette variété se rapproche plutôt de la gomme.

M. Ehrmann repousse la réunion sous une même dénomination du rupia et de la gomme pour des raisons anatomiques. Il n'admet pas non plus qu'on ait affaire à une gomme. Dans cette dernière, la métamorphose dépressive commence au centre et la caséification progresse de là vers la

périphérie, tandis que le rupia est une papule qui se nécrose à partir de la surface.

M. Neumann. — Ces affections atteignent d'ordinaire des sujets tuberculeux ou scrofuleux dont les glandes sébacées sont prédisposées à la maladie. Dans le cas actuel, il s'agit d'une fille lymphatique qui a eu une syphilide à petites papules déjà dans une période précoce.

M. Lang n'admet pas que la gomme soit définie comme un tissu pathologique se distinguant par la caséification.

Gommes de la vulve et du rectum.

M. Neumann présente une femme de 44 ans, atteinte des lésions ci-dessus avec excroissances éléphantiasiformes consécutives et infiltrations dans la région des orifices du vagin et de l'anus.

Sclérodermie.

M. Ermann. — Il s'agit d'un homme chez lequel il existe sur les deux joues, à gauche sur l'arcade zygomatique, à droite du maxillaire inférieur, deux plaques indurées ; la première, la plus grande et la plus ancienne, est de couleur brune, au centre tache blanchâtre d'où les poils sont tombés, tandis que de l'autre côté la pigmentation est moins forte.

M. Kaposi est tenté de regarder cette affection comme un lupus érythémateux, affection dans laquelle il a décrit des infiltrats inflammatoires de ce genre dans les parties profondes, mais on rencontre aussi des infiltrats dans la sclérodermie.

Vaste ulcère syphilitique du palais.

M. Nobl présente un malade âgé de 40 ans, du service du professeur Lang. Il y a cinq ans ce malade qui aurait toujours été bien portant jusque-là, remarqua une petite ulcération du palais avec perforation consécutive. Pour empêcher le passage des aliments par le nez, ce malade se fabriqua un obturateur en papier qu'il renouvelait tous les deux jours. La grandeur actuelle considérable de la perte de substance (dimension d'un poing d'enfant) est attribuée par le malade à la compression exercée par le bloc de papier.

Maladie de Raynaud.

M. Kaposi présente une femme de 40 ans dont le dos des mains et des doigts a une coloration cyanosée. Les doigts ont la forme cylindrique caractéristique, une surface brillante. Les mains sont froides et ne peuvent se fermer complètement ; la malade éprouve dans les mains des douleurs, des cuissons et des picotements. Cet état correspond jusqu'à un certain point à ces névrites des membres que l'on rencontre à la suite de la blessure d'un tronc nerveux ou d'un plexus. On sait qu'alors les troubles trophiques peuvent aller en augmentant : panaris, pemphigus nerveux, gangrène, gangrène dite symétrique, et ces affections ne sont évidemment que des phases différentes. Il faut admettre dans le cas actuel une lésion de l'innervation.

M. Kaposi présente une autre malade dont l'état a de grandes analogies avec le précédent. Chez cette femme il y avait en outre des symptômes

très prononcés d'irritation du sympathique. Elle eut pendant plusieurs mois des tuméfactions très douloureuses du plexus cervical supérieur des deux côtés. Il survint des troubles de nutrition dans les membres supérieurs, il se développa de l'œdème avec épaississements éléphantiasiques, de telle sorte qu'on pouvait penser à un myxœdème. Dans ces deux cas il s'agit d'un trouble évident de l'innervation vaso-motrice des vaisseaux périphériques.

M. Lang rapporte à ce propos l'histoire d'une malade de 30 ans, qui avait été traitée longtemps pour la syphilis avant son admission à l'hôpital: ulcère du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. Pendant son séjour à l'hôpital il survint sur les épines scapulaires des plaques gangréneuses comme dans le décubitus. Il se produisit ensuite des lésions analogues symétriques des deux côtés de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. L'expression de la face rappelait le myxœdème. Le corps thyroïde était à peine perceptible. La malade dit avoir eu auparavant un goitre qui aurait disparu. Il survint dans la suite chez cette malade d'une manière aiguë des colorations rouge bleu et une gangrène commençante sur les autres doigts. La malade a succombé ensuite à une pneumonie. A l'autopsie on n'a pas trouvé une altération de la glande thyroïde comme celle qui est caractéristique du myxœdème.

Les séances de la Société sont renvoyées au mois d'octobre.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 8 mai 1894.

Président : M. Lassar. *Secrétaire :* M. Rosenthal.

Zona hémorrhagique.

M. Saalfeld présente un malade de 28 ans qui souffre depuis sept ans d'une acné varioliforme, traitée par la résorcine et l'arsenic. Le 7 avril un zona se montra qui laissa, en guérissant, des cicatrices. M. Saalfeld croit qu'il s'est agi d'un zona hémorrhagique; mais il ne voudrait pas dire si l'affection a été produite par l'arsenic. En tout cas, il est d'avis que le malade a des tendances à des procès nécrotiques, puisque l'acné et le zona ont été suivis de cicatrices.

M. Isaac suppose qu'il s'agissait d'un zona gangréneux.

M. Rosenthal mentionne que l'on observe des cicatrices dans chaque éruption prononcée de zona et que si l'on ne fait pas attention à cette particularité pas encore généralement connue, on arrive facilement à des conclusions fausses.

M. Saalfeld attribue seulement une certaine importance à la coïncidence de ces deux affections cicatricielles.

Scléroses intra-uréthrales.

M. Ledermann présente :

1) Un malade qui eut à Noël une gonorrhée suivie d'une épididymite

du côté droit. Lorsque le malade revint au commencement de mars, l'urèthre dans toute son étendue était changé en une masse calleuse. En même temps les glandes étaient enflées et le tronc couvert d'une roséole, de sorte que l'affection de l'urèthre doit être envisagée comme une sclérose remarquable par son intensité. Le traitement commencé a déjà produit une amélioration.

2) Un malade qui, après une gonorrhée de quatre mois, s'était attiré une nouvelle infection à Noël. Aussi dans ce cas on observait une infiltration assez dure de l'urèthre, et la sécrétion qui suivait ne présentait pas de gonocoques. Il faut donc aussi penser dans ce cas à une sclérose intra-uréthrale. Une autre sclérose se trouvait dans le sillon coronaire. Les symptômes secondaires s'y joignirent plus tard.

M. Rosenthal a vu dans les dernières années nombre de scléroses intra-uréthrales, et est d'avis que cette affection n'est pas tellement rare qu'on le croit généralement.

Rupia syphilitique.

M. Ledermann présente un malade qui contracta il y a quatorze semaines une ulcération sur la surface inférieure du pénis. Dix semaines plus tard on remarqua à côté d'un nombre considérable de papules un rupia syphilitique bien prononcé. Le malade est en bonne condition générale, de sorte qu'on pourrait plutôt parler de syphilis précoce que de syphilis maligne. Les glandes pectorales et axillaires étaient remarquablement enflées.

Infection extra-génitale.

M. Ledermann présente une malade de 22 ans qui aperçut il y a quatorze à seize semaines une ulcération à la muqueuse de la joue droite, laquelle fut bientôt suivie d'une intumescence des glandes de la région sous-maxillaire droite. Six semaines plus tard, elle eut à se plaindre de douleurs très intenses de la tête et d'un rhumatisme accompagné de fièvre. Elle fut traitée pour cela pendant six semaines, par des remèdes antifébriles. Au commencement d'avril ces symptômes disparurent et firent place à un exanthème papuleux universel de très grande étendue. Il est difficile de dire de quelle manière l'infection s'est faite. Un beau-père qui demeure chez la malade est syphilitique, mais le mari ne l'est pas.

M. Grimm a observé une infection provenant d'un instrument d'un dentiste. Elle avait son siège dans la gencive près d'un alvéole; l'induration était typique et suppurait davantage que sur la peau. Un exanthème syphilitique la suivait dans la cinquième semaine.

M. Rosenthal rapporte une infection produite d'une manière semblable. Il s'agissait d'une jeune fille qui montrait sur le corps un exanthème squameux. Le médecin qui la traitait n'osait pas faire la diagnose de syphilis. On n'était pas en état, malgré un examen minutieux, de trouver l'endroit où l'affection primaire avait eu son siège, seulement l'intumescence solitaire d'une glande sous-maxillaire dirigeait toujours de nouveau l'attention sur la tête. Enfin M. Rosenthal réussit à trouver une petite induration prononcée sur la face externe de la gencive supérieure. La malade

interrogée raconta alors qu'elle avait été chez un dentiste justement à l'époque qui correspondait à l'éruption de l'exanthème et qu'elle avait eu pendant un espace assez long une ulcération à l'endroit en question.

M. Schutte a observé il y a 5 ans, dans la clinique du professeur Bramann, une ulcération d'une amygdale, laquelle avait fait croire à une tuberculose et plus tard à un sarcome. M. Lassar, auquel la malade fut présentée, fit la diagnose de sclérose initiale.

M. Isaac qui a été interne à cette époque dans la clinique de M. Lasseur se souvient bien de la malade qu'on allait soumettre à une opération.

Du reste le cas était remarquable par sa grande malignité. Des affections articulaires, des gommes et d'autres symptômes graves vinrent s'ajouter. M. Isaac croit que toutes les scléroses extra-génitales qu'il a observées montraient un haut degré de malignité.

M. Grimm a vu deux cas d'infection tonsillaire, dont il connaît l'un plus précisément. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années qui avait eu une ulcération à l'amygdale droite. Quelques semaines plus tard parut un exanthème qui ressemblait tout à fait à la petite vérole. Le traitement justifia la diagnose.

M. Lassar est d'avis que la discussion présente ne pourra qu'engager les dentistes et les laryngologues à employer plus de soin en désinfectant leurs instruments. Il se souvient d'un cas qui, quoiqu'il eût fait la diagnose, avait été regardé par un chirurgien comme lymphosarcome et avait été soumis à une opération. L'issue fut mortelle.

Sur le pityriasis rubra.

M. Lassar. — Il y a quelques temps on a présenté un malade de la clinique de M. Isaac, que M Lassar, lui-même et d'autres, crurent atteint de pityriasis rubra, mais qui fut reconnu plus tard pour un lichen ruber. La peau avait été irritée par différents médicaments, un gonflement des glandes était venu s'y joindre et l'image d'un pityriasis rubra semblait fixée. Le cas que M. Lassar présente maintenant, a été montré dans la séance antérieure sous la même diagnose par un de ses internes et avait aussi fait la même impression à M. Lassar lui-même. Lorsqu'il vit le cas pour la première fois, l'irritation n'était pas encore générale et il eut par conséquent l'idée qu'il s'agissait d'un psoriasis accompagné d'une dermatite énorme par suite de la chrysarobine. Mais les symptômes changèrent tellement que M. Lassar conçut l'opinion qu'il fallait penser à un pityriasis rubra né d'un psoriasis irrité. Le malade resta sous l'observation et l'emploi des médicaments antipsoriasiques fit renaître l'image d'un simple psoriasis. M. Lassar connaît maintenant trois cas dont on croyait qu'il s'agissait de pityriasis rubra : deux d'entre eux sont ceux qu'il vient de citer et le troisième a déjà été mentionné par lui à une autre occasion ; c'était un cas d'ichtyose. En tout cas, le pityriasis de nos jours est tout autre que celui qui a été décrit par Hebra. Il faudrait exclure maintenant tous les cas qui offrent seulement les symptômes allégués par Hebra, la rougeur et la desquamation, un grand nombre de dermatites chroniques ayant une grande ressemblance avec le pityriasis rubra.

Lupus érythémateux.

M. Schutte présente un cas de lupus érythémateux se montrant d'abord sur la face et se répandant plus tard sur le corps. Quelques foyers avaient un aspect syphilitique, et pour cette raison le malade fut traité jusqu'à présent d'après cette diagnose. On voit rarement une telle généralisation de l'affection. Un autre cas de lupus érythémateux, présenté à cette occasion par M. Schutte, a déjà subi un traitement et n'est plus trop prononcé. O. Rosenthal.

Séance du 13 *juin* 1894.

Président : M. Lassar. — *Secrétaire* : M. Saalfeld.

Urticaire pigmentée.

M. Joseph présente un cas d'urticaire pigmentée dans lequel il s'agit d'un boulanger de 19 ans souffrant de cette affection depuis la première enfance. Les pigmentations qui se sont formées, se sont répandues sur tout le corps et sont plus érythémateuses aux extrémités supérieures qu'aux inférieures. A chaque endroit irrité on remarque une urticaire artificielle, par exemple après une injection de cocaïne que M. Joseph fit pour faire l'excision d'un petit morceau de derme. Quant à l'étiologie on n'en sait rien. La prognose est favorable puisque la formation des élevures disparaît peu à peu et que la pigmentation seule reste. Quant au traitement on a essayé tout ce qui a été recommandé dans la littérature. M. Joseph montre deux préparations microscopiques dont l'une fait voir la pigmentation, tandis que l'autre fait reconnaître les grandes cellules à plusieurs noyaux dans le voisinage des vaisseaux, comme Unna l'a décrit.

Érythème bulleux.

M. O. Rosenthal présente un cas d'érythème bulleux ou de pemphigus vulgaire chez un ouvrier âgé d'une vingtaine d'années. Les symptômes visibles de la peau consistent en bulles qui sont solitaires ou rangées en groupes ou en lignes segmentaires et circulaires, et en taches érythémateuses à centre cyanotique. Lorsque M. Rosenthal avait vu le malade pour la première fois, il y avait aussi une éruption sur la muqueuse de la bouche, de la langue et de la conjonctive de l'œil. L'affection s'est développée dans la région lombaire et s'est répandue sur les extrémités inférieures. M. Rosenthal démontre le cas pour prouver qu'un groupe entier d'éruptions pemphigoïdes appartient à l'érythème bulleux, une forme de l'érythème exsudatif polymorphe.

M. Ledermann demande pourquoi M. Rosenthal ne regarde pas ce cas qui se caractérise par des érythèmes, des bulles rangées en cercles et des démangeaisons, comme la forme bulleuse de la dermatite herpétiforme.

M. Joseph consent à la diagnose, seulement il ne sait comment on pourrait appuyer celle de pemphigus. Si l'on se tient au type adopté par Hebra que le pemphigus est une affection bulleuse, chronique, récidivante et non guérissable, cette diagnose lui semble devoir être exclue dans le cas présenté.

M. Rosenthal réplique que la diagnose de pemphigus a été prononcée parce qu'on voit beaucoup de grandes bulles solitaires. L'objection que le pemphigus est chronique et récidivant, ne semble pas être justifiée, car chaque affection doit commencer une fois, et on ne connaît pas encore la durée de la maladie dans le cas présenté. L'idée que le pemphigus ne peut être guéri, a été quittée. Il faut seulement tâcher d'exclure du nom collectif de pemphigus, tous les cas qui n'y appartiennent pas, et voilà le but de cette démonstration.

Quant à la désignation préférée par M. Ledermann, la dermatite herpétiforme n'est pas encore acceptée généralement, et pour cette raison M. Rosenthal a préféré une dénomination complètement admise.

Affection primaire extragénitale.

M. Ledermann présente un malade avec une affection primaire à la lèvre supérieure dont on voit seulement encore la cicatrice. Le malade a eu une syphilis grave. Outre un exanthème papuleux dont on aperçoit les traces, il y avait des ulcérations dans le pharynx et en outre une gomme qui a détruit l'amygdale gauche presque entièrement. Le mercure n'a pas été toléré, mais il semble que sous l'emploi de l'iodure de potassium et des bains d'étuve, l'affection s'améliore. Le cas sert à appuyer la thèse prononcée par M. Isaac que les affections primaires extragénitales sont suivies de manifestations extrêmement graves.

Mélanosarcomes.

M. Lassar présente un malade qui aperçut il y a un an et demi les premiers symptômes de son affection qui est développée sur la base d'un nævus pigmentaire noir. Une petite tumeur qui s'y était formée et qui avait tendance à saigner, fut extirpée. Immédiatement après, une dispersion régionaire de la même espèce de tumeur commença à se former et donna lieu à une seconde opération très étendue. Une récidive ne manqua pas à paraître tout de suite après ; elle est visible maintenant. La prognose de ces cas est en général absolument mauvaise. Tandis que l'opération ne mène jamais à une guérison, les tumeurs non touchées de cette espèce ne changent souvent pas pendant un délai de 9 à 10 ans. C'est ainsi que les oculistes ont observé qu'un mélanosarcome de la choroïde ne donne une mauvaise prognose qu'après l'ablation. M. Lassar ne réussit à trouver dans la littérature qu'un seul cas dans lequel l'opération amena une guérison. La généralisation suit l'extirpation immédiatement ou quelquefois après un intervalle plus grand, de sorte qu'il faut envisager ces tumeurs comme un *noli me tangere*. En outre on ne connaît pas d'involution spontanée. Pour cette raison M. Lassar présente une femme qui se soumit à son traitement dès le 13 juin 1893. Celle-ci montrait depuis trois mois, sur la base d'un nævus pigmentaire encore visible, une tumeur grandissant rapidement après une cautérisation faite par un médecin. Pour ne pas nuire à la malade on ne fit pas d'excision pour un examen microscopique. Les tumeurs de cette espèce offrent généralement une structure ou bien épithéliale ou bien alvéolaire. Les unes sont de caractères carcinomateux, d'au-

tres sont sarcomateuses, d'autres encore d'un caractère mixte, mais elles sont toutes malignes. Chez la malade présentée la tumeur a disparu complètement, sans qu'on ait fait localement la moindre des choses. Le nævus persiste, mais il est peut-être un peu plus petit qu'il n'a été auparavant. M. Lassar a traité la malade avec la solution de Fowler et a l'intention d'agir de même avec le premier cas présenté.

M. Mankiewicz croit que la métastase de ces tumeurs se fait par les vaisseaux sanguins, et que la prognose de l'opération serait plus favorable si l'on faisait l'extirpation dans une très grande étendue pour enlever les petites particules emboliques qui se trouvent dans les vaisseaux.

M. Wechselmann mentionne que les tentatives de faire l'opération en grande étendue n'ont pas amené de bon résultat dans les sarcomes simples, et encore moins dans les sarcomes mélaniques. Nasse qui, pour une tumeur maligne du pied, fit l'amputation du fémur, trouva encore un thrombus dans la sous-clavière. Tous ces cas meurent sans exception par suite des métastases.

M. Saalfeld se souvient d'avoir vu le malade présenté par M. Lassar il y a un an et demi à deux ans, avec une gonorrhée; auparavant il avait eu la syphilis. M. Saalfeld se rappelle que le malade avait eu sur la jambe gauche une tache noire dont il lui avait proposé l'extirpation.

M. G. Lewin a observé nombre de ces cas et en a aussi présenté quelques-uns. Il s'agissait toujours de taches pigmentaires à différents endroits du corps, qui, plus tard, se changeaient toutes en tumeurs. On ne peut donc rien attendre d'une opération. Le seul espoir consiste à faire une vaccination avec des cocci d'érysipèle, une méthode qui a amené une guérison dans quelques cas.

M. Benda mentionne que la présence de thrombus sarcomateux dans les vaisseaux prouve que ceux-ci peuvent servir à généraliser l'infection, mais nullement qu'ils forment la voie unique. Sûrement la multiplicité et la manière de l'évolution dans le cas présenté prouvent que la généralisation se fait fréquemment par les lymphatiques.

M. Mankiewicz répond que dans le travail de Nasse il ne s'agissait que de cas déjà très avancés, tandis que les chances s'amélioreraient peut-être si l'opération était faite assez tôt. M. Lassar réplique qu'on trouve dans la littérature assez de cas opérés de toutes les manières possibles au commencement de la tuméfaction, mais tous sans résultat.

Même l'extirpation du nævus ne suffit pas pour empêcher une nouvelle formation de pigment. Quant à la syphilis du malade, M. Lassar connaissait l'anamnèse très bien, mais n'en a pas parlé avec intention. La femme présentée est le seul cas de mélanosarcome jusqu'à présent connu, dont la marche a été atteinte par prescription médicale.

Injections intra-veineuses de sublimé.

M. G. Lewin présente plusieurs malades traités avec des injections intra-veineuses, d'après la proposition de Baccelli. Jusqu'à présent, M. Lewin en a fait environ quatre-vingt-dix. Les difficultés consistent en

ce qu'on ne trouve pas toujours des veines propres à cet effet, et qu'en enfonçant la canule on parvient facilement dans le tissu conjonctif du vaisseau.

La meilleure méthode est donc celle de voir, après avoir enfoncé l'aiguille, si le sang coule, et de faire seulement l'injection après qu'on s'en est convaincu. En outre, il faut songer au danger d'une thrombose. Pour éviter cet inconvénient, il faut prendre garde à ce que les parois du vaisseau soient intactes. Jusqu'à présent, M. Lewin n'a vu qu'une seule fois cet accident, mais à plusieurs reprises des exsudations périphériques. Avec ces injections directes, l'effet du sublimé est beaucoup plus intense qu'avec les injections sous-cutanées. Du côté des reins et des intestins, M. Lewin n'a pas encore observé de mauvaise influence. Dans un cas de rupia qui existait depuis deux mois, la guérison se fit après six injections. Dans un autre dans lequel il s'agissait de gommes sur la pointe du nez, une seule injection suffit pour les faire disparaître. La méthode n'est pas à employer dans la policlinique ; elle est plus facile chez les hommes, dont les veines sont mieux formées que chez les femmes. Quant à la quantité, on fit des injections de 0 gr. 001 à 0 gr. 006. O. Rosenthal.

SOCIÉTÉ DE SYPHILIGRAPHIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 5 mars.

La syphilis à la campagne.

Mme le Dr Sandberg fait une communication au sujet de la syphilis dans les villages du gouvernement de Tambow.

Pendant sept mois Mme Sandberg a eu 2,540 malades, dont le plus grand nombre étaient des femmes et des enfants; elle explique cette prédominance par ce fait que les femmes viennent plus volontiers à l'ambulatoire, que l'organisme de la femme est plus prédisposé en troubles divers, et aussi parce que l'ambulatoire était sous la direction d'une femme, médecin.

Le plus grand nombre des malades présentaient des manifestations de la période condylomateuse; venaient ensuite celle de la période tertiaire et enfin de la première période. D'après les organes atteints il y avait surtout des lésions osseuses, cutanés et nerveuses. La syphilis du système nerveux était plus fréquente parmi les hommes. Il y avait des syphilitiques presque dans toutes les maisons.

Le Dr Frinowski a aussi remarqué la fréquence considérable de la syphilis parmi les habitants des campagnes. Le nombre des syphilitiques augmente en raison direct de la distance des villes.

M. Guertzenslein a remarqué que la prédominance du sexe féminin n'est pas due au hasard, mais est constante : il l'explique par la contamination extragénitale fréquente parmi les femmes. Il pense aussi que le moment est arrivé où la lutte avec la syphilis doit être considérée comme un devoir de l'État. S. Broïdo.

REVUE DES LIVRES

A. Neisser. — **La nouvelle clinique dermatologique de Breslau.** Brochure in-8°, chez W. Braumüller, 1894.

La nouvelle clinique dermatologique est édifiée à côté des autres cliniques, sur une belle place. Elle est constituée par un bâtiment isolé, composé d'un sous sol, d'un rez-de-chaussée, d'un premier étage et de quelques mansardes. Le premier étage et les deux ailes du rez-de-chaussée contiennent 77 lits pour les adultes et 12 lits d'enfants. Il y a trois classes : les deux premières sont dans les mêmes conditions ; la seule différence entre la première et la seconde classes, c'est que les malades de la première classe sont seuls dans leur chambre, tandis que ceux de la seconde sont de deux à quatre dans la même pièce. Le prix total pour le logement, la nourriture, les bains, les médicaments, les pansements est de 7 fr. 50 à 10 francs par jour pour les malades de la première classe, de 5 francs à 5 fr. 50 pour ceux de la seconde classe. Le traitement médical est compris dans ces chiffres, du moins on n'a pas le droit de demander des honoraires aux malades, bien qu'ils appartiennent d'ordinaire à la clientèle privée du directeur de l'institut.

M. Neisser conseille pour les cliniques futures d'établir une séparation rigoureuse entre les chambres des malades privés et ceux de la troisième classe. Les premiers désirent, en effet, une installation tranquille surtout dans une clinique dermatologique où il ne s'agit pas habituellement de malades gravement atteints, et où ils désirent avec raison ne pas renoncer à leurs habitudes (fumer, se promener, etc.).

Il y a quatre chambres de première classe et quatre de deuxième classe, avec chacune deux lits.

Une chambre renferme un bain permanent. Un système de leviers et de poulies permet de transporter facilement les malades de leur lit dans le bain et réciproquement. Cette installation rend de très grands services dans les cas graves de dermatite exfoliatrice et de pemphigus.

Au premier étage se trouve une salle d'opérations, bien éclairée, avec toutes les installations correspondant aux exigences modernes; on y transporte les malades à l'aide d'un chariot à quatre roues qu'on pousse sous chaque lit.

Les malades de la troisième classe sont répartis dans quatre salles du premier étage, elles contiennent 64 lits d'adultes et 12 lits d'enfants. L'aile nord (rez-de-chaussée et premier étage) est réservée aux femmes, le côté sud est destiné aux hommes. D'une manière générale, les malades atteints d'affection de la peau sont au premier étage, ceux atteints de maladies des organes génitaux au rez-de-chaussée.

Le prix de la troisième classe est de 1 fr. 90 par jour. Les membres

des corporations et les étrangers paient 2 fr. 50. Le directeur de la clinique a droit de diminuer les prix.

Il y a aux frais de l'État (Freibetten) 1,500 jours d'assistance inscrits au budget.

Les salles sont disposées de manière à ce que les infirmières puissent exercer une surveillance facile; outre une chambre d'infirmière, il y a des salles de pansement et d'examen. On y examine les maladies, on prend les observations, on y fait les recherches nécessitées par la blennorrhagie et le traitement. On évite ainsi de souiller les salles avec des pommades ou des liquides.

Chaque aile de la clinique contient, outre la salle des malades, la chambre de l'infirmier, la salle de pansement, un cabinet de bains et deux closets. Les installations pour les bains — ce qui est très important dans une clinique dermatologique — sont très complètes pour les différents genres de bains, bains de vapeur et de douches. Trois baignoires sont affectées aux bains continus.

Toutes les salles sont, du reste, pourvues en abondance d'eau chaude et d'eau froide. Le chauffage de la clinique se fait d'après les procédés actuellement employés dans les autres cliniques.

Tout ce qui concerne les salles de la policlinique ainsi que celles consacrées aux recherches et aux travaux scientifiques a été l'objet de soins tout à fait particuliers.

Dans le sous-sol, des pièces avec boxes sont installées pour les animaux; à côté, une dalle pour les appareils de stérilisation, une autre grande salle pour les autopsies, les travaux bactériologiques, etc.; dans une petite pièce à côté sont les étuves.

Au rez-de-chaussée, bibliothèque et collections des moulages de la clinique. Ces moulages proviennent de Paris (Baretta), de Lille Vienne (Dr Henning). En outre, la clinique possède la collection d'Arning de moulages de lèpre (préparés par Castan de Berlin). Elles occupent le centre du rez-de-chaussée et une portion de sous-sol. La salle d'attente est assez vaste pour recevoir de vingt à trente personnes ; il est regrettable qu'il n'y en ait pas une pour les femmes.

La salle d'attente communique avec la salle de pansement de la policlinique qu'il est possible de diviser en deux par une cloison mobile, on peut alors examiner deux malades en même temps. Il y a dans cette salle tous les appareils nécessaires pour l'examen, les lavages, etc., des malades atteints de blennorrhagie. A côté de cette salle se trouvent encore une pièce que l'on peut diviser en deux parties par un rideau, l'une pour l'examen des femmes, et l'autre pour les pansements des malades de la consultation.

Au rez-de-chaussée se trouvent encore trois salles pour les études microscopiques. C'est là où se font la plupart des travaux microscopiques et bactériologiques.

Dans une autre salle se trouvent la collection des atlas, photographies, dessins microscopiques, observations des malades ; à côté, la salle de cours, avec soixante-huit places assises. Au centre de la salle, un siège élevé long de 2 mètres sur lequel se place le malade. Comme il peut aller

et venir sur ce *podium*, et qu'en outre les élèves peuvent tourner tout autour il en résulte que de nombreux auditeurs sont à même d'examiner de près les malades aussi rapidement et aussi commodément que possible.

Dans les mansardes enfin on a installé un grand atelier photographique et une salle dans laquelle on a placé un appareil microphotographique de Zeiss.

Le bâtiment tout entier a coûté 350,000 francs (non compris 48,750 francs pour l'installation intérieure).

Le grand éloignement des cliniques du centre de la ville n'a porté aucune atteinte au recrutement des malades (on a traité à la clinique, du 1er octobre 1892 au 1er octobre 1893, 609 hommes et 290 femmes ; comme policlinique, du 1er janvier jusqu'au 1er octobre 1893, dans l'ambulatorium de la ville, 1,992 malades; dans l'ambulatorium de la Maxstrasse, 1,668).

Le service des prostituées est resté dans l'hôpital de la Toussaint, il est actuellement sous la direction du Dr Jadassohn.

Le matériel de la clinique consiste en malades dermatosés et vénériens, comme partout en Allemagne, à l'exception de Berlin où, depuis 1885, les deux services, réunis jusque-là sous une seule direction, ont été séparés. Cette séparation est regrettable. Sans maladies de la peau, on ne saurait enseigner la syphilis, et réciproquement.

Comme assistants à la clinique et à la policlinique, il y a trois médecins payés par la clinique et cinq non rétribués. En outre, un personnel d'infirmiers et d'infirmières.

Voici l'état des frais :

Médicaments, etc.	11.875 fr.
Objets de pansement, instruments, etc.	5.625 »
Bibliothèque, collections, etc.	625 »
Dessins, etc. Animaux pour expérimentation	625 »
Total	18.750 fr.

L'entretien des malades est du ressort de l'Administration générale qui s'occupe de tous les instituts cliniques ; le directeur est un des professeurs de clinique. Les frais d'entretien sont couverts par les paiements des malades et par une subvention de l'État. Pour les malades de la troisième classe, les dépenses l'emportent sur les recettes, tandis que chez ceux des deux premières classes, il y a, au contraire, un excédent.

Le professeur Neisser a fait visiter cette nouvelle clinique aux membres du Congrès de dermatologie; auparavant, il avait exposé en quelques mots l'état actuel de l'enseignement dermatologique et syphiligraphique dans les universités allemandes. A. Doyon.

Ernest Finger, docent à l'Université de Vienne. — **La blennorrhagie et ses complications**, d'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles. Traduit avec autorisation de l'auteur, d'après la troisième édition allemande (1893), par le Dr Albert Hogge, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège. 1 vol. in-8° avec 36 gravures dans le texte et 7 planches lithographiées hors texte, Paris, Félix Alcan, 1894.

F.-P. Guiard. — **La blennorrhagie chez l'homme, historique, bactériologie, clinique, traitements anciens et nouveaux**. Préface du professeur Guyon; 1 vol. in-8° cartonné. Paris, Rueff, 1894.

Verchère, chirurgien de Saint-Lazare. — **La blennorrhagie chez la femme**. 2 vol. in-12, cart.; Paris, Rueff, 1894.

Si, pendant longtemps, la blennorrhagie, décrite dans des traités communs avec la syphilis fut un peu sacrifiée à son accaparante voisine, depuis quelques années, depuis surtout que, par la découverte du gonocoque, elle a complété la conquête de son autonomie, la blennorrhagie a été l'objet de nombreux et importants travaux, et cette seule année vient de voir éclore trois importantes monographies.

La première, à vrai dire, est déjà un peu ancienne, mais c'est la première fois que le livre remarquable de Finger, déjà arrivé en Allemagne à sa troisième édition, est mis à la portée des lecteurs français. Les lecteurs de cette Revue connaissent déjà, par les analyses qui en ont été faites, les travaux si importants poursuivis depuis plusieurs années par Finger sur la blennorrhagie, et surtout sur la blennorrhagie chronique. Ils les retrouvent condensés dans son livre, remarquable exposé didactique de nos connaissances actuelles sur la blennorrhagie.

C'est le triomphe du gonocoque, seule cause des véritables blennorrhagies. Sans doute il y a des circonstances où, à première vue ou même à premier examen, la transmissibilité est quelquefois difficile à établir nettement, mais avec le blennorrhagisme latent, avec ses suintements chroniques capables de se réveiller et de retrouver leur virulence sous l'influence de causes assez banales, on peut expliquer le développement d'écoulements blennorrhagiques dont la genèse auparavant eût échappé, le générateur mis en cause paraissant sain tout d'abord. Ces notions, maintenant acceptées de tous, facilitent la compréhension de l'évolution blennorrhagique. Aussi quel soin ne doit-on pas désormais apporter à la diagnose exacte des écoulements, diagnose qui ne peut plus être faite que le microscope à la main; c'est l'examen microbiologique qui seul ainsi donnera le critérium de la guérison et guidera la marche du traitement. A vrai dire celui-ci ne paraît pas jusqu'à présent avoir beaucoup bénéficié de la détermination microbienne de la cause de la maladie, et malgré la multiplicité des traitements nouveaux et l'application d'une thérapeutique dirigée contre l'élément microbien, il faut encore savoir observer les règles d'un traitement basé

sur l'expérience. Finger ne croit pas beaucoup aux traitements abortifs, et finalement le traitement méthodique qu'il préconise est le vieux traitement, celui qui ne presse pas les événements, laisse l'écoulement s'atténuer de lui-même et n'intervient qu'à sa période de décroissance. Savoir attendre et choisir le moment de l'intervention, voilà l'habileté ; quant au mode d'intervention, le plus ordinairement l'auteur, n'accordant qu'une foi modérée aux balsamiques, emploie des injections de substances astringentes. La blennorrhagie chronique et son traitement tient naturellement dans ce livre une part très large, en rapport avec les nombreux travaux particuliers que l'auteur a publiés sur le sujet. Peut-être pourrait-on lui reprocher de ne pas accorder à M. le professeur Guyon et à ses élèves toute la place qui leur revient.

L'étude des complications, un peu écourtée pour celles qui sont des complications à distance, rhumatisme, ophtalmie, etc., forme la deuxième partie de cet important ouvrage, déjà classique en Allemagne et qui retrouvera en France aussi un grand succès, encore qu'il ait la malechance d'arriver au moment même où paraissent sur le même sujet deux monographies françaises.

L'apparition presque simultanée des traités de M. Guiard sur *la blennorrhagie chez l'homme*, et de M. Verchère sur *la blennorhagie chez la femme,* traités qui se complètent l'un par l'autre, était destinée à combler dans la littérature vénéréologique française une lacune que devait évidemment remplir dans la pensée du traducteur le beau livre de Finger.

Conçu un peu différemment, d'une clarté remarquable d'exposition, d'une lecture agréable, le livre de M. Guiard n'a pas les allures de traité didactique de son émule allemand ; il est d'une composition plus intime, si je puis dire, et représente avant tout les idées et la pratique personnelles de l'auteur, d'un auteur qui possède à fond et depuis longtemps son sujet. Là aussi triomphe le gonocoque, auteur de tout le mal et seul responsable; et vraiment cette opinion qui a mis un certain temps à être acceptée en France ne peut plus être sérieusement discutée. L'existence reconnue d'ailleurs à côté de la vraie blennorrhagie d'autres écoulements microbiens mais non gonococciques, de blennorrhoïdes, suffit à lever les derniers doutes.

C'est donc la présence du gonocoque qui constitue la blennorrhagie ; c'est elle qu'il faut savoir déceler, c'est sa ténacité dans de vieux écoulements d'allure cependant innocente qui explique les contagions jusque-là insoupçonnées. Le blennorrhagisme latent, une des thèses favorites de M. Guiard, nous est exposé avec un luxe d'arguments qui ne peut manquer de faire passer chez les lecteurs la conviction de l'auteur. Une opinion qui lui est toute personnelle c'est que le gonocoque qui tend de lui-même à s'atténuer conférerait par sa présence une certaine immunité à la muqueuse uréthrale pour une nouvelle infection, cela sans doute par suite des produits de sécrétion du gonocoque lui-même ; une blennorrhagie chronique est exposée à des exacerbations aiguës avec repullulation de gonocoques qui peuvent faire croire à une nouvelle infection, mais de fait une nouvelle infection alors que la muqueuse uréthrale cultive encore quelques gono-

coques ne pourrait avoir lieu; il est vrai que cette immunité, de conséquence pratique peu importante après tout, cesse avec la guérison même de la blennorrhagie. Le point le plus important de toute cette histoire de blennorrhagisme latent est la blennorrhagie latente de la femme, la blennorrhagie cantonnée dans l'utérus par exemple, se traduisant par des signes extérieurs habituellement presque nuls mais subissant au moment des règles ou sous d'autres causes des exacerbations dangereuses au point de vue de la contagiosité; dans un sens comme dans l'autre c'est à cette période d'assoupissement du mal que réside le plus grand danger de la contagion. Aussi que ne doit-on pas faire pour guérir définitivement cette malheureuse maladie. Pas plus que Finger, M. Guiard ne nous dissimule les difficultés du traitement ; et chose importante à relever, c'est à peu près aux mêmes conclusions pratiques qu'il arrive. L'abortion est le plus souvent infidèle et ne saurait avoir chance de réussir que dans un petit nombre de cas. Toutefois M. Guiard nous expose comment il a modifié la méthode des grands lavages au permanganate de potasse instituée par Janet à l'hôpital Necker, et les bons résultats qu'il obtient à l'emploi de lavages à dose faible (permanganate à 1 p. 4,000 à 1 p. 6,000) ; ces bons résultats demandent encore à être confirmés.

Mais le traitement à employer le plus souvent est encore le traitement méthodique, le traitement dont il revendique l'honneur de la création pour les auteurs français, méthode plus longue en apparence, en réalité la plus courte, la plus sûre, la plus innoffensive.

L'évolution spontanée du gonocoque conduit à son atténuation, à sa diminution. Le traitement méthodique qui se contente d'aider par la médication antiphlogistique à atteindre cet heureux moment trouve donc, après son application tout empirique, une explication scientifique. Ce traitement, nous n'avons pas à en donner ici les règles bien connues; on es trouvera tout au long dans le livre de M. Guiard; disons seulement qu'il accorde aux balsamiques une influence réelle, mais le plus souvent insuffisante à tarir complètement l'écoulement; la médication locale occupe une place importante, et toutes les indications qu'elle comporte sont données avec le plus petit détail. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'on trouvera tout ce qui a trait à l'uréthrite chronique longuement étudié, et que les travaux de M. le professeur Guyon et de ses élèves, parmi lesquels l'auteur figure comme un des plus brillants, y tiennent la meilleure place.

L'importance de la blennorrhagie chez la femme, indiquée comme source de contagion dans le livre de M. Guiard, est mise dans toute sa valeur dans le livre de M. Verchère; nul mieux que le distingué chirurgien de l'infirmerie de Saint-Lazare, où il a à traiter chaque année plusieurs centaines de blennorrhagies féminines, ne pouvait écrire un pareil ouvrage, le premier, croyons-nous, sur la matière. Car si nous faisions remarquer que, longtemps placée au second rang, ce n'est que depuis peu d'années que la blennorrhagie de l'homme a pris toute l'importance qu'elle mérite, que dirions-nous de celle de la femme, mal étudiée, confondue avec les vaginites de tout genre, maintenant mise au premier

rang à cause de son retentissement sur l'utérus et sur l'ovaire, et des conséquences qu'elle entraîne.

Chez l'homme, la chaudepisse se cantonne dans un seul organe et ne comporte que peu de complications de voisinage, mais que de sièges différents chez la femme, que d'organes où elle se réfugie, où elle réside, d'où elle est toujours prête à repulluler. L'uréthrite n'a plus la même importance que chez l'homme; le vagin et l'utérus sont les deux organes le plus souvent atteints : rarement même, à moins d'un traitement soigneusement fait dès le début, l'utérus échappe à la contagion. Le traitement de choix pour M. Verchère, ce sont les lavages avec la solution de sublimé sans alcool à 1 p. 1,000 ou à 2 p. 1,000 et, dans l'intervalle des lavages, des tamponnements faits avec de la gaze ou de la ouate enduite de vaseline iodoformée. L'auteur a eu à se louer de tampons imbibés d'une solution de bleu de méthylène. Le traitement médical de la méthrite, souvent insuffisant, devra souvent faire place au traitement chirurgical, et l'amputation partielle du col sera la ressource ultime contre cette rebelle maladie. Trop souvent encore, c'est au chirurgien qu'il faudra avoir recours quand la blennorrhagie aura dépassé l'utérus et retenti fâcheusement sur les trompes, les ovaires et le péritoine. Toutes ces localisations de la blennorrhagie et les indications qu'elles comportent sont successivement passées en revue dans l'ouvrage de M. Verchère, ouvrage avan tout pratique et d'une utilité journalière. La compétence toute particulière de l'auteur donne à son livre une valeur qu'augmente encore l'attrait d'un style clair et alerte, d'agréable lecture.

Par bien des points, surtout par leurs qualités de clarté et d'exposition, les deux livres de M. Guiard et de M. Verchère ont de nombreuses ressemblances; tous deux font le plus grand honneur à leurs auteurs et tiennent largement leur rang en face des publications similaires de l'étranger; nous ne doutons pas un instant qu'ils n'obtiennent, non pas seulement auprès des spécialistes, mais auprès de tous les médecins, le succès qu'ils méritent, et qu'ils ne contribuent à faire mieux connaître et surtout mieux soigner une maladie trop longtemps traitée en plaisanterie, mais que sa gravité, par les complications qu'elle entraîne, fait presque réellement l'égale de la syphilis.

H. F.

E. Doyen (de Reims). — **Traitement de la blennhorragie par l'irrigation antiseptique discontinue.** Broch. in-8°; Rueff, 1894.

L'auteur préconise les grands lavages antiseptiques à doses faibles, fréquemment répétés. Il préfère le sublimé au permanganate et l'emploie en solutions titrées de 1 p. 30,000 à 1 p. 10,000, à la température de 40° environ. C'est le malade lui-même qui exécute ses lavages au moyen d'une poire en caoutchouc; il emploie à chaque lavage 600 à 700 c.c. en deux ou trois injections. La première injection faite après la miction lave l'urèthre antérieure; la seconde est poussée de telle façon qu'elle pénètre dans la vessie, le liquide est ensuite rendu par la miction; on fait de quatre à six lavages dans les vingt-quatre heures. Le malade se laisse guider par la

susceptibilité de sa muqueuse uréthrale, mais doit chercher à atteindre le plus tôt possible le titre de 1 p. 10,000. M. Doyen recommande également l'emploi, concurremment avec ces injections de sublimé, des lavages avec une solution chaude de liqueur de Labarraque dosée de 1 p. 100 à 1 p. 50. La liqueur de Labarraque lui a donné aussi d'excellents résultats dans le traitement des angines diphtéritiques.

H. F.

Bua-Suarez. — **Varices y neoplasias linfaticas dermicas.** *Revista de medicina y cyrurgia practicas*, Madrid, 1894, p. 124, etc.

L'auteur a réuni les différentes leçons qu'il a professées sur cette nouvelle et intéressante question des néoplasies lymphatiques de la peau. Il rappelle tout d'abord les travaux qui ont été publiés antérieurement, puis, adoptant les classifications de MM. Besnier et Doyon en pseudo-lymphangiomes, dermato-lymphangiomes et lymphangiectasies cutanées, il passe en revue les types cliniques qui rentrent dans cette classification.

Dans les pseudo-lymphangiomes rentrent le lymphangiome tubéreux multiple de Kaposi et l'angiokératine de Mibelli. Le lymphangiome tubéreux multiple, dit-il après l'avoir longuement discuté, n'est pas une lésion lymphatique mais bien un épithéliome kystique bénin. Il faut l'éliminer du cadre des lymphangiectasies et des lymphangiomes de la peau. Pour l'engiokératine de Mibelli, il pense que, tout en reconnaissant qu'il y a un certain caractère général entre diverses lésions ectosiques et néoplasiques des capillaires sanguins ou lymphatiques de la peau, il ne peut considérer l'angiokératine comme une lésion lymphatique présentant des caractères suffisants pour la comprendre dans le groupe des ectosies ou des néoplasies lymphatiques cutanées. L'angiokératine de Mibelli doit être classée parmi les néoplasies vasculaires sanguines de la peau. La dénomination de pseudo-lymphangiome doit donc disparaître puisqu'elle implique des ressemblances qui n'existent pas.

Abordant les dermato-lymphangiomes, l'auteur reconnaît qu'on a appliqué ce nom à des lésions qui ne sont nullement lymphatiques, ou encore à des altérations lymphatiques mais d'ordre ectosique et non néoplasique. Faisant la revision des cas publiés, l'auteur n'en retient qu'une vingtaine qui rentrent bien dans les lymphangiomes cutanés, c'est-à-dire caverneux.

Ces observations forment un groupe morbide qui comprend des lymphangiomes dermiques, des lymphangiomes non dermiques et des lésions pachidermiques associées à des varices dermiques lymphatiques dont la ressemblance avec le lymphangiome est extrême.

Parmi les lymphangiomes dermiques, l'auteur reconnaît des cas-types et des variétés. La lésion-type est caractérisée par son apparition spontanée au moment de la naissance ou dans les premières années; elle est limitée à la partie supérieure du corps et ne s'accompagne ni de varices ni de pachydermie. Son évolution est lente mais progressive; indolente, la lésion s'accompagne de télangiectasies avec vésicules plus ou moins transparentes renfermant de la lymphe, sans phénomènes inflammatoires.

A côté de ce groupe type qui comprend six observations seulement, l'auteur fait place à un certain nombre de variétés qui constituent pour lui des sous-groupes de lymphangiomes dermiques. Le second groupe des lymphangiomes non dermiques est représenté par une observation de Babes: la structure est celle des lymphangiomes mais la néoplasie au lieu d'être dermique est sous-cutanée. Le troisième groupe : états pachydermiques ou éléphantiasiques associés à des varices lymphatiques dermiques, est constitué par un épaississement de la peau associé à des poussées de dermo-lymphangite ; des observations de Noggon et de Besnier en sont des types. Après avoir défini le lymphangiome cutané type une néoformation télangiectosique hématique, l'auteur en étudie l'anatomie pathologique, puis il arrive à l'étude du troisième type clinique de la classification Besnier-Doyon: les lymphangiectasies cutanées.

Il donne d'abord l'observation du malade qu'il a observé et qui a été le sujet des leçons que nous analysons. Il s'agit d'un homme de 65 ans, sclérotique et syphilitique d'ancienne date, examiné pour la première fois en 1892. Il y a quatre ou cinq ans est survenue, au creux poplité, une plaque rouge, molle, formée de nombreuses vésicules confluentes qui, à plusieurs reprises, ont laissé suinter en abondance un liquide clair et transparent. A la suite de poussées de dermo-lymphangite, la jambe, très augmentée de volume, prit une forme cylindroïde ; elle est marbrée et empâtée ; adénopathie inguinale ; au-dessous de l'aine, petite tumeur d'aspect kystique qui, piquée avec une aiguille, laisse s'écouler un liquide clair d'un aspect de lymphe. Un an après, les lésions se sont accentuées ; d'autres sont survenues ; à la partie antérieure de l'articulation tibio-tarsienne existe une surface chagrinée constituée par des vésicules d'où la piqûre fait exsuder de la lymphe. Au creux poplité, la plaque s'est étendue, constituée par l'agglomération de saillies vésiculeuses au sommet, rouges à la base et développées dans un tissu infiltré profondément comme à la jambe. A la loupe, la peau voisine avait l'aspect d'une peau d'orange dû à des vésicules rudimentaires. Sur quelques-unes, on voyait sourdre du liquide par un tout petit orifice. La surface de la lésion était inégale : molle au toucher, elle donnait la sensation d'un réseau plein de liquide passant d'une maille à l'autre. Lorsqu'on la comprimait, elle s'aplatissait, pâlissait, et l'on sentait alors le liquide fuir vers les parties profondes. La surface restait lisse, mais dès que l'on cessait la compression la plaque se remplissait à nouveau.

On sentait des tubercules fibreux qui formaient comme une charpente profonde de tissu aréolaire. Par intermittences, et sous l'influence de la marche, des frôlements, il sort de la plaque un liquide clair, transparent, assez abondant pour mouiller le sol en quelques instants. L'examen a montré qu'il s'agissait de lymphe pure et normale. L'examen du sang ou de la lymphe quant aux filaires resta négatif. Les ganglions inguinaux et cruraux présentent tous les caractères de l'adéno-lymphocèle. La marche prolongée et surtout l'irritation des lésions augmentent le volume des ganglions. La ligature du membre augmente l'issue de liquide lymphatique. Telles sont les lésions du membre inférieur droit ; sur le gauche se trouve une dermite chronique, et en quelques points une lichénification. A

part les poussées de dermo-lymphangite, le malade n'a guère souffert de ses lésions. A la marche, il éprouve une sensation de poids et de tiraillement dans la jambe et au jarret, une douleur sourde qui augmente par les mouvements. Les lymphorrhagies, par leur répétition et leur abondance, ont déterminé une déchéance organique sensible.

Examen histologique. — Les lésions portent sur le derme qui est intéressé dans toute son épaisseur. On y voit une série de cavités irrégulièrement disposées et s'étendant des papilles aux parties profondes.

Dans les points où il ne se trouve pas de ces cavités, on ne voit qu'une infiltration embryonnaire marquée. Dans le tissu conjonctif qui les sépare, se trouvent des capillaires sanguins entourés d'une abondante infiltration cellulaire. La direction de ces lacunes est celle des lymphatiques du derme, c'est-à-dire perpendiculaire à la surface de la peau dans les parties supérieures, et parallèle ou transversale dans les parties profondes du derme. Ces cavités communiquent entre elles. Les dilatations les plus superficielles occupent les papilles où elles sont limitées par une fine couche conjonctive et recouvertes du corps muqueux aminci par compression. Tout le derme est infiltré de cellules embryonnaires.

Les parois des cavités sont tantôt bien définies et tantôt se confondent avec les limites du tissu conjonctif, comme si elles étaient une simple dilatation des espaces lymphatiques normaux du derme. A un plus fort grossissement, on voit à ces cavités un revêtement andothélial. Par suite des phénomènes de compression, d'infiltration, de distension, on trouve quelques lésions de l'épiderme, diminution des couches du corps muqueux, élimination des couches cornées superficielles, kératinisation incomplète.

En résumé, il s'agit d'une dermite chronique éléphantiasique de la jambe, consécutive à des lymphangites vésiculaires du derme récidivantes ; puis se sont développées des varices lymphatiques dermiques, des varices des vaisseaux et de l'adénolymphocèle. Dermite eczématiforme consécutive. On commence par traiter cette dernière, puis on pratique une compression du membre inférieur sous l'influence de laquelle le volume du membre diminue et la peau s'amincit. Les lymphorrhagies diminuent de quantité et de nombre.

Après avoir relaté l'observation de son malade, le Dr Hugua donne les raisons qui lui font distinguer ce cas des lymphangismes, puis il étudie ces varices lymphatiques du derme en examinant les différents cas de lymphangiectasie publiés. Il résume enfin sa manière de voir sur cette question. Dans ce groupe confus et obscur, dit-il, des lésions qui sous différents noms ont été considérées comme des néoplasies et des ectosies lymphatiques cutanées, on ne doit conserver que les varices lymphatiques superficielles et la lymphangine. Les deux lésions ont une grande ressemblance et la confusion a été souvent faite entre les deux affections ; les caractères cliniques les plus décisifs pour distinguer les lymphangismes sont : l'époque hâtive de son apparition, la spontanéité d'absence de lymphorrhagies spontanées et de télengiectasie au niveau des vésicules. L'évolution du lymphangisme est moins influencée par les causes mécaniques que le processus variqueux et la lésion présente avec une bien plus grande fréquence que les varices un aspect verruqueux des vésicules.

Les varices dermiques s'associent fréquemment à d'autres processus lymphatiques des vaisseaux ou des ganglions. Elles se localisent presque toujours aux parties déclives du corps, et la lymphorrhagie spontanée y est de règle.

L'étiologie du lymphangisme est inconnu : quant aux lymphangiectasies, on sait qu'elles peuvent résulter de compression des troncs ou des ganglions lymphatiques, des lésions ou d'anomalies qui entravent la circulation veineuse, ou même, et ce sont les cas les plus communs, de lésions inflammatoires aiguës ou chroniques du derme, consécutives à des affections communes ou spécifiques comme le filaire.

En raison de ces considérations l'auteur propose la classification suivante des néoplasies et ectasies lymphatiques du derme :

Néoplasies lymphatiques dermiques :	Lymphangisme cutané. Cas-type de Török.	
Varices lymphatiques dermiques :	A étiologie spécifique, par filaire.	
	a) A étiologie irritative, par dermite, dermo-lymphangite, érysipèle, etc.	A évolution aiguë (rare) ou chronique (presque toujours).
	b) Par compression des voies lymphatiques et obstacles à la circulation sanguine.	
	c) Par traumatismes suivis d'infection.	

PAUL RAYMOND.

CLÉMENCEAU DE LA LOQUERIE. — **De la leucoplasie buccale**. In-8° ; Paris, Maloine, 1893.

L'Académie de médecine ayant donné comme sujet de l'un de ses concours l'étude de la leucoplasie buccale, M. Clémenceau de la Loquerie, à qui nous devons dans les mêmes conditions une bonne étude sur la pelade, a vu cette fois encore son mémoire couronné par la docte compagnie. Le travail qu'il nous donne n'a pas une grande originalité mais outre qu'il était assez difficile de bouleverser la science sur ce point, l'auteur nous conte modestement lui-même qu'il n'a pas eu d'autre but que d'exposer de son mieux l'état actuel de la science sur la question, en insistant surtout sur le diagnostic différentiel et le côté thérapeutique.

Comme traitement, l'auteur recommande surtout, en outre des soins hygiéniques spéciaux (lavages, gargarismes, etc.), l'acide chromique employé pur et concentré, deux fois par semaine, en ayant soin de ne l'appliquer que sur la surface des plaques ou des fissures. Faire disparaître les plaques, les détruire, paraît le point important, la transformation épithéliomateuse étant toujours à redouter. H. F.

Guy's Hospital Reports, vol. XLIX ; London, 1893.

Ce volume suit de près celui de l'année dernière ; la publication de ces beaux et précieux recueils se continue avec une régularité admirable. Le

présent tome ne contient pas de mémoire relatif à la dermato-syphiligraphie. Le musée anatomique lui-même ne s'est enrichi d'aucune pièce spéciale, moins heureux que pendant l'année 1892, mais la médecine et la chirurgie générale sont représentées par d'importants mémoires : citons, comme se rapprochant de nos études, un travail sur la *circoncision*, par Davies Colley.

H. F.

NOUVELLES

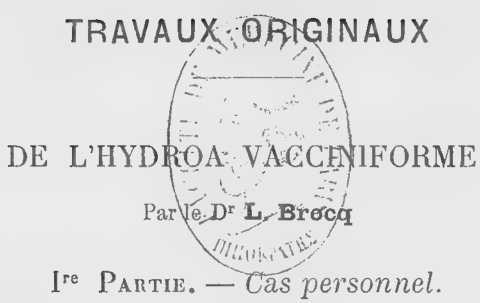
Le troisième congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Londres, du 31 juillet au 4 août 1895. Le bureau actif du congrès est composé de MM. Jonathan Hutchinson, *président* ; Malcolm Morris, *trésorier* ; J. J. Pringle, *secrétaire général.* Nous ferons connaître bientôt les questions choisies par le comité d'organisation pour la discussion générale ; il y aura chaque jour des présentations de malades ; il y aura aussi des démonstrations microscopiques et une exposition de moulages, photographies, dessins, etc.

Les personnes qui désirent prendre part au congrès doivent adresser leur adhésion soit à M. le Dr Pringle, *secrétaire général*, à Londres, 23, Lower Seymour Street, soit à l'un des secrétaires étrangers ; pour la France, à M. le Dr H. Feulard, Paris, 20, rue Saint-Georges.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TRAVAUX ORIGINAUX



DE L'HYDROA VACCINIFORME

Par le Dr **L. Brocq**

Ire Partie. — *Cas personnel.*

Le 30 mars 1894, s'est présenté à notre policlinique de La Rochefoucauld, une femme âgée de 30 ans environ, habitant la province, et qui venait nous consulter pour une éruption des plus rebelles, qu'elle avait depuis son enfance. Ce jour-là elle était en pleine poussée éruptive.

Les lésions occupaient sur son visage exactement les mêmes régions que le lupus érythémateux : elles siégeaient sur le nez, sur les deux pommettes, sur les parties voisines des joues, et aux deux oreilles, en particulier sur leur bord libre. En tous ces points les téguments étaient criblés d'éléments éruptifs.

Ceux-ci consistaient essentiellement en de petits soulèvements épidermiques arrondis ou ovalaires, assez rarement irréguliers, sauf en certains points où ils étaient confluents, d'une largeur qui variait de celle d'une toute petite lentille à celle d'un gros pois : ils faisaient une saillie notable au-dessus du niveau de la peau, et étaient entourés pour la plupart d'une aréole érythémateuse. Les plus petits et probablement les plus récents étaient d'un blanc un peu opalin, semblaient être transparents, comme perlés, et rappelaient jusqu'à un certain point par leur forme, leur aspect et leur couleur certains éléments de colloïd milium. Les plus volumineux étaient à leur périphérie d'un blanc opalin, comme les précédents, mais au centre ils avaient une teinte d'un brun bleuâtre assez foncé, comme s'il s'était produit au centre même de la lésion des hémorrhagies interstitielles. De telle sorte qu'ils présentaient l'aspect tout à fait spécial suivant : un centre de 1 à 3 millim. de diamètre d'un brun bleuâtre ou noirâtre, tantôt assez clair, tantôt plus foncé, un peu déprimé, entouré d'un cercle blanc opalin chez les éléments relativement récents, jaunâtre plus ou moins foncé chez les éléments plus anciens.

En piquant avec une aiguille les élevures opalines on en faisait sortir une fine gouttelette de liquide clair, mais on ne parvenait pas à les vider complètement ; elles restaient ensuite surélevées au-dessus du niveau des téguments voisins.

Toutes ces lésions étaient disséminées sans ordre aucun, sans

mode de groupement spécial, sur les diverses régions que nous avons signalées plus haut. Elles reposaient sur un fond nettement couperosé, rouge, érythémateux, sillonné de dilatations vasculaires, sauf aux oreilles. Enfin on apercevait en tous ces points d'assez nombreuses cicatricules un peu blanchâtres, légèrement déprimées, rappelant assez celles de la variole, et également disséminées sans aucun ordre. La peau des oreilles semblait être un peu amincie comme dans le lupus érythémateux.

Les symptômes subjectifs éprouvés par la malade n'étaient pas très intenses : ils consistaient surtout en sensations de cuisson et de brûlure, et n'étaient vraiment pénibles que pendant la période d'apparition de l'éruption.

D'après les renseignements qu'elle nous donna, elle aurait eu la syphilis, et aurait pris à plusieurs reprises de l'iodure de potassium ; mais l'hypothèse d'une éruption d'iodure qui nous vint immédiatement à l'esprit n'était pas soutenable, car elle affirmait avec la plus grande netteté souffrir de récidives incessantes de la dermatose actuelle depuis son enfance, bien avant d'avoir eu la syphilis et d'avoir pris de l'iodure de potassium.

Il lui suffit de s'exposer pendant quelques instants le visage découvert à l'action des rayons du soleil, d'un vent violent, pour voir se produire au bout de quelques heures, d'ordinaire dès le soir même, pendant la nuit ou le lendemain matin, des lésions cutanées. Si les mêmes causes irritantes continuent à agir, l'éruption persiste, il se produit de nouveaux éléments, ceux qui existent déjà peuvent s'aggraver ; si au contraire elle reste soigneusement enfermée chez elle, tout disparaît avec une rapidité relative.

Pour avoir par nous-même la confirmation absolue de ce qu'elle nous disait, nous lui demandâmes de vouloir bien rester chez elle, et de ne sortir que pour venir nous voir à La Rochefoucauld. Le 4 avril, les lésions s'étaient desséchées, avaient formé des croûtes jaunâtres, un peu noirâtres au centre des éléments les plus volumineux ; le 9 avril, environ quinze jours après le début de la poussée, tout avait disparu : il n'y avait plus sur le visage, ni vésicules, ni croûtes, plus rien qu'un peu de rougeur et les nombreuses cicatrices dont nous avons déjà parlé. Ce rapide résultat avait été obtenu par la simple protection du visage, car nous ne pouvons sérieusement faire entrer en ligne de compte comme médication efficace des applications d'une simple pommade à l'oxyde de zinc que nous lui avions conseillée pour ne pas la renvoyer sans prescription.

Discussion du cas. — Dès que nous avons aperçu cette malade nous avons eu la sensation d'une affection bien spéciale, tout à fait déterminée, d'un type morbide en un mot, et d'un type morbide qui nous était parfaitement inconnu. Jamais nous n'avions vu pareille

éruption et nous ne nous souvenions pas d'avoir vu au musée de l'hôpital Saint-Louis de moulage analogue. Nous avons donc été fort embarrassé ; nous le reconnaissons en toute sincérité.

Passant en revue les diverses dermatoses connues, qui pouvaient jusqu'à un certain point répondre à ce type, nous n'en avons trouvé aucune dont le diagnostic fût acceptable.

Ce n'était pas une éruption artificielle d'origine interne, car la malade ne prenait aucun médicament au moment où la poussée avait débuté. Certes, elle faisait usage, de temps en temps, d'iodure de potassium et les éléments éruptifs ressemblaient quelque peu aux éruptions vésiculeuses, bulleuses, tubéreuses de l'iodure et du bromure de potassium; mais leur aspect parfois opalin, ombiliqué, avec centre plus foncé, l'absence de tout autre phénomène d'intoxication, la non-coïncidence de leur apparition avec les périodes d'ingestion du médicament, toutes ces particularités ne permettaient pas de s'arrêter plus longtemps à cette hypothèse.

Ce n'était pas un simple impétigo : en effet, il n'y avait pas là les vésico-pustules ou les petites bulles transparentes du début de l'impetigo contagiosa; les croûtelles n'avaient pas l'aspect mélicérique caractéristique; enfin et surtout, il y avait des cicatrices déprimées, ce qui ne cadre pas, comme on le sait, avec le processus si superficiel de l'impétigo.

Ce n'était pas du colloïd milium, bien qu'on pût songer à cette dermatose, en ne regardant que certains éléments, car jamais dans le colloïd milium on n'observe les ombilications que nous avons décrites, et d'ailleurs il s'agissait d'une éruption à allures aiguës, à poussées successives, ce qui écarte immédiatement toute idée d'une affection à développement lent, chronique et progressif comme l'est le colloïd milium.

Les régions atteintes correspondaient aux lieux d'élection du lupus érythémateux de la face, mais l'aspect de l'éruption ne permettait pas un seul instant de discuter ce diagnostic, et d'ailleurs, nous le répétons une fois pour toutes, l'évolution particulière de la maladie par poussées successives, séparées par des intervalles d'accalmie complète, évolution sur laquelle cette femme était on ne peut plus explicite, permettait d'éliminer d'emblée toutes les dermatoses à marche chronique et lente, telles que les lupus, les diverses tuberculoses locales, les syphilis tertiaires, etc.

Parmi les éruptions à marche aiguë autres que celles dont nous avons déjà discuté le diagnostic, on aurait peut-être pu songer à l'érythème polymorphe vésiculo-bulleux, mais cette affection n'est que bien rarement circonscrite à la face ; elle est plus érythémateuse que celle de notre cas ; elle a des éléments moins circonscrits, moins ombiliqués, enfin et surtout elle ne laisse pas après elle des cicatrices varioliformes.

Des arguments analogues et l'absence de prurit permettaient d'éliminer le diagnostic de dermatite herpétiforme variété pustuleuse. L'impétigo herpétiforme de Kaposi n'a pas non plus ces localisations, ni cette évolution.

Nous ne citons que pour mémoire les syphilides pustuleuses et pustulo-croûteuses qui n'ont ni ces localisations exclusives, ni surtout cette évolution par poussées successives pendant des années.

L'acné varioliforme des Allemands (acné atrophique ou ulcéreuse, acné rodens (Vidal), acné à cicatrices déprimées ou arthritique (Besnier), impétigo rodens (Devergie), acné pilaris (Bazin), acné frontalis seu necrotica (Boeck) se rapproche de notre type morbide par les cicatrices qu'elle laisse après elle, mais elle n'a pas l'aspect si particulier que présentent les éléments opalins, ombiliqués au centre, que nous avons décrits ; elle n'a pas non plus tout à fait les mêmes localisations.

Nous reconnaissons cependant que les deux dermatoses qui ont le plus de traits de ressemblance avec celle que nous avions à diagnostiquer sont d'une part cette acné atrophique, d'autre part les éruptions vaccinales généralisées ; nous n'avons pas d'ailleurs besoin d'ajouter que la localisation exclusive au visage, les récidives incessantes, et l'absence de toute vaccine antérieure rendaient ce dernier diagnostic également impossible.

Ce n'a été, nous l'avouons à notre honte, qu'après avoir passé toute la dermatologie en revue et qu'après avoir épuisé toutes ces *hypothèses*, que nous nous sommes souvenu de l'existence d'une dermatose autrefois décrite par Bazin, longtemps laissée dans l'oubli le plus complet, étudiée de nouveau dans ces derniers temps à l'étranger, nous voulons parler de l'*hydroa vacciniforme.*

Nous déclarâmes donc, après avoir longtemps hésité, aux élèves qui nous entouraient qu'il s'agissait probablement d'un cas d'hydroa vacciniforme de Bazin, et, une fois rentré chez nous, nous nous mîmes à étudier les divers documents publiés sur ce sujet : nos recherches ne nous laissèrent pas le moindre doute : c'était bien un cas type de cette rare affection que nous avions eu la bonne fortune d'observer.

IIe Partie. — *Étude de l'hydroa vacciniforme.*

Nous n'avons pas l'intention dans ce court mémoire de faire une étude complète de l'hydroa vacciniforme. Nous nous réservons de publier plus tard un travail d'ensemble sur ce sujet si intéressant. Nous ne voulons aujourd'hui que faire connaître l'état actuel de la question, afin de provoquer la publication de documents nouveaux. Ceci n'est donc qu'un simple résumé des plus succincts.

Historique. — C'est notre grand dermatologiste, Bazin, qui a pour la première fois observé et décrit l'hydroa vacciniforme. Dans

ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau*, publiées par E. Baudot en 1862, p. 132, il dit avoir vu le premier cas de cette maladie en 1861, et il en donne en quelques lignes une description magistrale. Dans ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse* publiées par J. Besnier en 1868, p. 261, il range l'hydroa vacciniforme dans les arthritides vulgaires ; il dit en avoir observé plusieurs cas, il revient sur sa description de 1862 en la reproduisant presque textuellement, et il publie, page 460 (obs. XV de l'ouvrage) la première observation connue de cette maladie, observation des plus typiques et qui constitue par elle seule une admirable description de ce type morbide.

Il est vraiment incompréhensible qu'après ces travaux de Bazin, l'hydroa vacciniforme soit resté en France dans l'oubli le plus complet pendant plus de vingt-cinq ans, et qu'il ait été dédaigneusement délaissé ou rejeté par tous les dermatologistes comme ne répondant à aucun fait clinique connu.

Moi-même, tout le premier, j'ai à m'accuser d'une impardonnable légèreté à cet égard, et je m'empresse de faire amende honorable pour avoir écrit dans mon livre sur le traitement des maladies de la peau (2e édition, 1892, p. 347) : « L'hydroa vacciniforme ne semble correspondre à aucune des dermatoses actuellement classées. »

C'est de l'étranger que nous sont venus tous les travaux qui ont permis de replacer cette affection dans le cadre nosologique.

En 1888, J. Hutchinson publie dans les *Clinical Society's Transactions*, vol. XXII, une observation intitulée : « A case of summer eruption recurring with great severity for many years, but finally getting well, a form of Kaposi's disease. » C'est-à-dire, « cas d'éruption d'été, récidivant avec une grande intensité pendant beaucoup d'années, mais finissant par guérir, variété de la maladie de Kaposi ». Il s'agit d'un enfant que l'auteur a observé pour la première fois le 13 mai 1876 ; il était alors âgé de 8 ans : depuis l'âge de 2 ans il se formait sur toutes les régions découvertes sous l'influence des divers agents atmosphériques, et surtout pendant l'été, une éruption des plus intenses composée de vésicules, ou pour mieux dire de vésications plus ou moins étendues, d'aspect varioliforme, avec ombilication centrale, et cicatrices consécutives. L'auteur revit le malade en 1882 : les éruptions se produisaient toujours en été sous l'influence des rayons du soleil, mais elles étaient moins fortes qu'autrefois. En 1888, le malade n'avait pas eu d'éruption depuis plus d'un an ; il ne lui restait plus que de nombreuses cicatrices. La lecture de l'observation ne laisse pas le moindre doute : il s'agit bien d'un hydroa vacciniforme de Bazin ; mais Hutchinson ne connaissait pas les travaux du dermatologiste français : aussi donna-t-il à cette

dermatose un nom nouveau, celui de « summer eruption » (éruption d'été) qui rappelle un de ses principaux caractères étiologiques. Mais il eut le tort, très grave d'après nous, de la rapprocher du xeroderma pigmentosum ou maladie de Kaposi, au point d'en faire une des formes de cette affection, avec laquelle elle n'a aucun rapport. Dans le xeroderma pigmentosum on n'observe en effet aucun de ces éléments opalins, jaunâtres, avec ombilication centrale qui sont la caractéristique de l'hydroa vacciniforme ; il y a au contraire une tendance aux pigmentations, aux télangiectasies, et surtout à la production d'épithéliomes qui manque totalement dans l'hydroa vacciniforme.

Allan Jamieson est tout d'abord tombé dans la même erreur. En 1888, il a montré à l'Association médicale britannique à Glasgow (voir la *Lancet* du 18 août 1888) deux enfants bien développés et d'ailleurs bien portants, âgés de 15 et de 18 ans, très probablement atteints d'hydroa vacciniforme : chez l'un il avait débuté à 3 ans, chez l'autre à 13 ans. Il s'agissait dans ces deux cas comme dans les précédents d'éruptions récidivantes, vésiculeuses, croûteuses, apparaissant surtout de mars à octobre, intéressant le visage, la nuque, les oreilles, la face dorsale des mains et laissant après elles des cicatrices fort marquées. L'auteur avait de la tendance à en faire une forme particulière de xeroderma pigmentosum. Bien que nous n'ayons pu nous procurer la troisième édition de son traité des maladies de la peau, nous croyons, d'après une note de Radcliffe Crocker, qu'il est revenu dans cet ouvrage sur sa première opinion et qu'il les considère à l'heure actuelle comme étant des cas d'hydroa vacciniforme. Il vient en outre de publier un cas typique de cette affection chez une petite fille de 8 ans dans le numéro d'octobre du *British Journal of Dermatology*, p. 292.

Handford en 1889 (*Illustrated medical News*, octobre 1889) a publié le cas d'un enfant de 7 ans qui était atteint de cette maladie depuis l'âge de 2 ans, et chez lequel l'éruption composée de petites papules, de vésicules, de pustules, de croûtes, récidivait tous les étés sur le visage, les oreilles, la face dorsale des mains, et laissait après elle des cicatrices.

Puis vint le cas de Berliner (Ueber Hutchinson's sommer-prurigo und sommer-eruption von Dr Med. Carl Berliner. *Monatshefte für praktische dermatologie,* 15 novembre, 1er décembre 1890, p. 449 et 480), dans lequel il s'agit d'un sujet de 23 ans, atteint depuis l'âge de 4 ans d'éruptions composées de taches érythémateuses, de papules, de vésicules, de croûtes, d'efflorescences prurigineuses, laissant après elles des cicatrices, siégeant sur le visage, la face dorsale des mains, les régions découvertes de l'avant-bras, et récidivant tous les étés.

En 1891 Buri publie le cas d'une petite fille de 5 ans, atteinte de cette maladie depuis l'âge de 2 ans (Ein Fall von Hutchinson's summer-eruption von D[r] Med. TheodorBuri. *Monatshefte für praktische dermatologie*, 1[er] septembre 1891, p. 181).

En 1892, T. Broes van Dort publie le cas d'une dame de 30 ans atteinte de cette maladie depuis son enfance (Ein Fall von Hutchinson's eruption œstivalis bullosa von D[r] T. Broes van Dort. *Monatshefte für praktische dermatologie*, 1[er] mars 1892, p. 185).

La même année, H. G. Brooke analysant dans *The British Journal of Dermatology* 1892, p. 128, le mémoire de Buri, cite le cas qui lui est personnel d'un jeune garçon qui est pris depuis plusieurs années pendant l'été, dès qu'il s'expose aux rayons du soleil, d'une éruption papuleuse, pustuleuse et ulcéreuse suivie de cicatrices, limitée aux régions découvertes et qui est très probablement encore un exemple d'hydroa vacciniforme. Le même auteur parle aussi dans ce travail du cas d'une jeune fille qui nous paraît bien plus douteux.

C'est le D[r] Radcliffe Crocker qui a eu le premier l'honneur de consacrer définitivement l'existence de ce type morbide en en donnant une description vraiment magistrale dans la deuxième édition de son excellent traité de dermatologie (Diseases of the Skin, 2[e] édition 1893, p. 211). Il l'appelle Hydroa vacciniforme seu estivale, nom tout à fait approprié à cette affection et que nous adoptons pour notre part sans la moindre réserve, puisqu'il rappelle le nom donné par le créateur du type morbide et la particularité étiologique la plus importante de la dermatose. Il en fait connaître deux cas qui lui sont personnels, l'un typique chez un enfant de 14 ans atteint depuis l'âge de cinq ans et demi, l'autre peut-être moins net puisque les éléments éruptifs n'étaient pas vacciniformes chez un sujet de 19 ans atteint depuis l'âge de 7 ans. Il croit que l'hydroa puerorum d'Unna est en réalité l'hydroa vacciniforme.

Dans le premier fascicule des *Archiv für Dermatologie und Syphilis* de 1894, a paru un mémoire de notre excellent ami C. Bœck, dans lequel il publie quatre observations nouvelles et personnelles d'hydroa vacciniforme (Vier Fälle von Hydroa vacciniforme (Bazin), Summer eruption (Jonathan Hutchinson), von D[r] C. Bœck. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Band XXVI, 1[er] Heft, p. 23). Il s'agit de trois jeunes garçons de 9 ans, 3 ans et demi, 12 ans, et d'une jeune fille de 27 ans.

Un des travaux les plus intéressants qui aient été publiés sur ce sujet est sans contredit le mémoire récent du D[r] John T. Bowen (Hydroa vacciniforme (Bazin), Hutchinson's summer eruption, with histological examination by John T. Bowen. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, mars 1894, p. 89). Il y relate le cas d'un enfant de 10 ans atteint pour la première fois de cette affection

à l'âge de 5 ans, et qui en présente des récidives incessantes sur les régions découvertes dès qu'il est exposé aux agents atmosphériques et surtout aux rayons du soleil. Cette observation est des plus remarquables, tout à fait typique, et c'est surtout en la relisant que nous avons pu reconnaître la véritable nature du cas que nous avons observé. Le Dr Bowen a pu, en outre, faire l'histologie des lésions présentées par son malade et compléter ainsi l'histoire de l'hydroa vacciniforme.

Enfin, le 28 avril 1894, a paru dans le *Nouveau Montpellier médical*, n° 17, p. 333, l'observation d'un cas d'hydroa bulleux vacciniforme, par M. le Dr Granier, médecin-major de première classe au 142e de ligne. Quand nous avons vu l'indication de ce travail dans les journaux, nous avons cru trouver une deuxième observation française de la maladie que nous venions d'étudier à La Rochefoucauld. Malheureusement, la lecture attentive de ce document nous a laissé dans l'incertitude : il s'agit d'un homme de 27 ans, pris pour la première fois d'une poussée éruptive prurigineuse, érythémateuse et bulleuse sur tout le corps après avoir été exposé tous les jours, pendant un mois de juin fort chaud, aux rayons ardents du soleil, et chez lequel la poussée éruptive dura pendant tout un long séjour à l'hôpital, du 6 juillet au 15 septembre, époque à laquelle il sortit amélioré, mais non guéri. Nous croyons qu'il s'agissait plutôt dans ce cas, d'une autre entité morbide, peut-être d'une forme peu intense de dermatite herpétiforme, car le début à un âge relativement avancé, après des fatigues exagérées et une très longue exposition aux rayons du soleil, le prurit, la généralisation à tout le corps, l'absence de cicatrices consécutives, tous ces signes ne cadrent pas avec les caractères majeurs de l'hydroa vacciniforme.

Tel est, bien résumé, l'historique de cette affection : on voit que nous en connaissons, à l'heure actuelle, environ 16 cas à peu près indiscutables. Nous en avons assez dit pour que l'on comprenne combien son étude approfondie soulèverait de discussions délicates. Il faudrait, en effet, faire une critique serrée des divers cas dont nous venons de parler, voir si l'hydroa puerorum d'Unna doit réellement lui être identifié, s'il faut y faire rentrer les faits dans lesquels l'ombilication des éléments n'existe pas, ceux qui ne s'accompagnent pas de formation de cicatrices indélébiles. Il faudrait, en outre, parler des autres éruptions artificielles de cause externe et saisonnières, discuter les relations que l'hydroa vacciniforme peut avoir avec elles, etc. Nous nous réservons de revenir sur tous ces points dans un autre travail. Pour le moment, nous allons nous contenter de tracer en terminant un tableau schématique de la forme typique de cette maladie.

Étiologie. — Tous les observateurs sont d'accord sur un point, sur la rapidité et l'énergie avec laquelle les rayons du soleil agissent

pour déterminer l'apparition de l'éruption, en particulier au printemps et en été. Les poussées se produisent presque toujours après que le malade s'est exposé pendant quelques instants, quelques heures, rarement quelques jours, à l'action des rayons du soleil. Elles surviennent dès le soir même ou dès le lendemain, et elles occupent les régions découvertes qui ont subi directement l'influence solaire.

Par suite, la période d'élection de cette dermatose est de mars-avril à septembre-octobre. Cependant dans les cas particulièrement intenses on en observe également des attaques pendant l'hiver : elles semblent se produire également à cette époque après une exposition aux rayons du soleil. Mais il est fort possible que d'autres agents atmosphériques la provoquent, par exemple le vent violent, l'air de la mer, le froid (Radcliffe Crocker) et même la chaleur artificielle.

L'importance des agents atmosphériques ou pour mieux dire des agents extérieurs est surabondamment prouvée par les commémoratifs fournis par les malades ; elle l'est également par la localisation si spéciale des éruptions aux régions découvertes, au visage, aux oreilles, parfois au cou, à la nuque, à la face dorsale des mains, aux avant-bras quand ils ne sont pas couverts, aux pieds et aux jambes dans des circonstances analogues ; et pour que l'éruption ne se montre plus en ces divers points il suffit presque toujours de les recouvrir de vêtements épais.

Néanmoins cette règle, quelque générale qu'elle semble être au premier abord, subit en réalité certaines exceptions. C'est ainsi qu'il est noté dans quelques observations relatives à des cas d'une intensité toute exceptionnelle, que l'on a vu parfois l'éruption se produire, assez discrète d'ailleurs, en des régions protégées par des vêtements et même sur les muqueuses (Bazin). On pourrait se demander s'il s'agit alors de la même maladie ; nous ne croyons pas qu'il soit possible d'en douter, car dans ces cas l'éruption a commencé par avoir les localisations typiques, et elle a toujours revêtu l'aspect caractéristique que nous allons rappeler. Ne serait-il pas possible d'admettre que, malgré les vêtements, l'irritation causée par les rayons solaires a envahi les régions voisines des endroits découverts, ou bien que l'affection s'est étendue par une sorte de rayonnement au delà des points où elle offrait son maximum ? Quoi qu'il en soit de ces explications plus ou moins satisfaisantes, le fait existe, mais il est des plus rares.

On comprend sans peine que l'on doive faire intervenir, pour expliquer la genèse de l'hydroa vacciniforme, une idiosyncrasie toute particulière des sujets. Combien y a-t-il de personnes qui s'exposent pendant des semaines et des mois à l'action des rayons du soleil, et qui ne présentent comme lésion cutanée qu'un peu de bistre, des éphélides solaires, des « *coups de soleil* » plus ou moins accentués ? Celles qui sont atteintes d'hydroa vacciniforme, présentent donc un

degré d'irritabilité cutanée tout spécial, ou pour mieux dire un mode de réaction extraordinairement insolite aux rayons caloriques et chimiques du soleil.

Ce sont surtout les enfants qui semblent prédisposés à cette curieuse éruption : ils en présentent les premières atteintes dès leur tout jeune âge, 2 ans, 3 ans, 5 ans, etc. Puis ils en ont des poussées tous les ans régulièrement, quelquefois hiver et été, plus souvent seulement pendant l'été, dès leur première exposition au soleil, et les poussées sont d'autant plus rapprochées, d'autant plus intenses, d'autant plus rebelles qu'ils prennent moins de précautions.

Puis peu à peu avec l'âge, la faiblesse de résistance des téguments semble décroître, les poussées deviennent de moins en moins faciles, de moins en moins fréquentes et prolongées, et dans plusieurs cas les éruptions cessent de se produire entre 20 et 30 ans. Il en serait donc un peu de l'hydroa vacciniforme comme des engelures. Mais cette immunité conférée par l'âge adulte ne semble pas être absolue; nous n'en voulons pour preuve que le cas qui nous est personnel.

Les garçons semblent être plus sujets que les filles à cette dermatose. On a même prétendu qu'elle n'attaquait que le sexe mâle ; ce qui est une erreur.

Il ne semble pas que cette prédisposition aux éruptions solaires, s'observe chez tous les membres d'une même famille; il n'y a guère que Jamieson qui ait noté ce fait; presque toujours les parents du sujet atteint sont eux-mêmes indemnes.

L'hydroa vacciniforme a été jusqu'ici surtout observé en Angleterre et en Écosse, mais d'après l'historique qui précède, on voit qu'il peut également se produire en France, en Allemagne, en Amérique, en Norwège, et probablement aussi dans les autres pays où on le décrira dès que les dermatologistes sauront le reconnaître.

Symptômes. — Comme nous venons de le dire en parlant de l'étiologie, c'est quelques heures après une exposition plus ou moins prolongée (quelques instants, quelques jours) à l'action des agents atmosphériques et surtout des rayons du soleil que l'éruption apparaît.

D'après les auteurs, elle est parfois accompagnée ou précédée de sensations de malaise général, d'anorexie, d'agitation pendant la nuit, et même de nausées et de vomissements (Bowen), de frissons (Allan Jamieson) ; mais ces phénomènes peuvent manquer. Le malade éprouve des sensations plus ou moins accentuées de cuisson, de brûlure, de tension, très rarement de prurit (voir les cas de Bowen et d'Allan Jamieson) au niveau des régions qui vont être atteintes et qui sont surtout, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les endroits que ne protègent pas les vêtements ; ce sont, par ordre de fréquence et d'intensité de l'éruption, les pommettes, les oreilles, le nez, le reste de la figure, le front, la face dorsale des mains, les avant-bras,

les pieds et les jambes ; enfin dans quelques cas fort rares on observe des éléments éruptifs sur les autres parties du corps bien qu'elles soient restées couvertes.

Nous n'avons pas vu d'éruption à son début : il nous est donc impossible de donner à cet égard des renseignements personnels. Il faudrait pour préciser ce point soumettre les observations déjà publiées à une sérieuse critique. C'est ainsi que Brooke parle de papules aplaties surélevées, analogues à des éléments de lichen planus chronique, Handford et Bowen de petites papules et Buri de nodules durs, intracutanés. Il est probable qu'il se produit d'abord des taches érythémateuses avec plus ou moins d'infiltration sous-jacente sur lesquelles se forment les éléments typiques avec beaucoup de rapidité, et sans doute presque d'emblée dans beaucoup de cas.

Ceux-ci sont constitués au début par des soulèvements épidermiques faisant une saillie assez notable au-dessus des téguments voisins, tendus, donnant au doigt une sensation marquée de résistance, arrondis ou ovalaires, globuleux, d'une grosseur qui varie de celle d'un grain de mil à celle d'un petit pois, de coloration opaline, comme demi-transparents ou perlés. Quand on les ouvre avec une pointe d'aiguille, on en fait sourdre un liquide limpide séreux, mais le soulèvement épidermique ne s'affaisse pas pour cela ; ils sont évidemment cloisonnés. Ils sont d'ordinaire entourés d'une aréole rouge érythémateuse, mais nous avouons que dans notre cas nous ne l'avons pas bien discernée autour de tous les éléments, car l'ensemble des téguments sur lesquels ils reposaient était d'une teinte rouge couperosée assez accentuée.

L'élément que nous venons de décrire peut rester stationnaire, ne pas prendre un plus grand développement, jaunir, puis se dessécher, et se recouvrir d'une croûtelle jaunâtre. Parfois aussi il augmente de volume par extension périphérique, et il prend alors un aspect que nous considérons comme vraiment pathognomonique de l'affection. Il atteint dans ce cas des dimensions qui varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 20 centimes en argent et parfois même davantage (un shilling, Hutchinson). Le centre en est légèrement déprimé, de telle sorte que l'élément dans son ensemble est ombiliqué, mais de plus, chose étrange, ce centre déprimé revêt une teinte plus foncée que la périphérie ; il peut être d'un brun sombre (Buri), d'un bleu sombre presque noirâtre (Bowen) ; dans le cas qui nous est personnel sa teinte était légèrement bleuâtre, un peu brunâtre, tirant par places sur le noir, mais surtout bleuâtre ; elle donnait l'impression d'hémorrhagies interstitielles qui se seraient produites au centre de l'élément et cela d'autant mieux que la pression ne modifiait que peu ou point cette coloration. Tout autour de cette partie centrale existe une zone périphérique d'abord opaline, semblable à l'élément primitif que nous

avons décrit plus haut, et d'où l'on peut faire sourdre par la piqûre sans l'affaisser complètement un liquide opalin. Cette zone en collerette est nettement surélevée et est d'ordinaire assez régulière, arrondie ou ovalaire, et entourée d'une aréole rouge ; mais plusieurs éléments voisins peuvent se réunir et former dès lors par confluence des plaques plus ou moins irrégulières d'aspect et de contours.

A mesure qu'ils évoluent, les éléments que nous venons de décrire jaunissent, de telle sorte qu'ils prennent l'aspect de pustules ombiliquées (Bazin); puis il se forme à leur surface une croûte d'abord centrale et un peu foncée, noirâtre dans certains cas (Bowen), puis qui s'étend sur toute la lésion. Quand on enlève mécaniquement cette croûte à cette période, on constate qu'elle est fort adhérente, et on met à nu (Buri) une ulcération suintante assez profonde. Après un laps de temps assez variable, mais qui ne dépasse pas huit à quinze jours dans les cas bien soignés par le séjour à la chambre, ces croûtes tombent, laissant au-dessous d'elles un derme rouge, déprimé, qui blanchit peu à peu, mais qui présente, lorsque l'élément a été volumineux, des cicatrices en cupule, indélébiles, analogues à celles de la variole. En outre il se développe fort souvent des télangiectasies sur les régions atteintes par la maladie. Inutile d'ajouter que de nouveaux éléments peuvent se former sur les cicatrices anciennes.

Il en résulte que les sujets atteints d'hydroa vacciniforme présentent, même pendant les périodes d'accalmie, un aspect tout à fait spécial, qui permet avec quelques commémoratifs de porter un diagnostic précis.

Le nez, les pommettes, les joues, les oreilles, parfois la face dorsale des mains sont sillonnés de télangiectasies et criblés de petites cicatrices déprimées, disséminées dans les cas d'intensité moyenne, empiétant les unes sur les autres dans les cas graves et pouvant même arriver aux oreilles à détruire les téguments et à ne plus laisser qu'un squelette de cartilage recouvert d'épiderme.

On a parfois noté (Bowen) de la tuméfaction des ganglions cervicaux et sous-maxillaires pendant les périodes d'activité.

La durée des poussées éruptives et leur intensité dépendent d'abord de l'idiosyncrasie des sujets, puis de leur exposition au soleil. On comprend en effet qu'il puisse se produire des poussées subintrantes si le malade s'expose de nouveau aux rayons solaires pendant qu'il est en pleine éruption.

En parlant de l'étiologie nous avons insisté sur toutes les particularités que présentent les récidives et sur l'immunité relative conférée par l'âge adulte : nous n'y reviendrons pas.

Pronostic. — En somme l'hydroa vacciniforme n'a aucune gravité au point de vue de la vie, ni même de la santé générale qui est presque toujours conservée dans toute son intégrité; mais c'est une affection

en réalité assez sérieuse au point de vue de ses récidives incessantes dès que les sujets s'exposent à l'action des agents atmosphériques, et surtout au point de vue des cicatrices indélébiles qu'elle peut laisser après elle.

Anatomie pathologique. — Le Dr Bowen a pu pratiquer l'examen histologique de deux éléments éruptifs recueillis chez son malade. D'après lui le point capital des lésions est la nécrose de la partie centrale du nodule. Les régions les plus superficielles de la couche cornée semblent être intactes; les couches inférieures du stratum corneum et tout le reste de l'épiderme sont nécrosées. Les couches moyennes et profondes du recte sont transformées en une sorte de tissu réticulé, formant un lacis rempli de détritus granuleux et çà et là de leucocytes. Tout le chorion jusqu'à une petite distance du tissu cellulaire sous-cutané est également nécrosé : on y trouve des granulations, des vaisseaux sanguins dilatés, mortifiés, entourés de foyers hémorrhagiques : sur quelques coupes on peut voir que les follicules pileux participent au processus gangréneux. Tout autour de la zone nécrosée les lésions sont au contraire peu considérables : l'épiderme est légèrement épaissi, et le chorion infiltré de petites cellules. Il a été impossible de découvrir des microbes dans les coupes.

En somme, ce processus a quelques analogies avec celui de l'acné nécrotique. Mais il est évident qu'on ne peut, surtout au point de vue clinique, identifier deux affections aussi différentes d'aspect, d'évolution, et d'étiologie. D'ailleurs dans l'hydroa vacciniforme l'histologie montre que le processus initial est franchement inflammatoire et vésiculeux, nullement nécrotique d'emblée. La nécrose est dans cette affection secondaire à l'inflammation, et elle ne survient que lorsque les éléments ont suffisamment évolué.

Diagnostic. — Nous serons brefs au point de vue du diagnostic, car nous en avons déjà longuement parlé dans la première partie de ce travail, lorsque nous avons discuté notre fait personnel.

D'après nous il suffit d'avoir vu un seul cas typique d'hydroa vacciniforme pour savoir toujours reconnaître cette affection. Elle ne ressemble à aucune autre dermatose, et ne peut être confondue avec aucun autre des types morbides qui nous sont connus.

Nous croyons même qu'avec un peu d'attention on peut diagnostiquer l'hydroa vacciniforme dans les périodes d'accalmie de cette affection. En effet, les commémoratifs d'une part, l'aspect et les localisations si particulières des cicatrices d'autre part permettront toujours d'affirmer qu'il ne s'agit ni de variole, ni de varicelle, ni d'éruptions vaccinales, éruptions qui ne sont pas récidivantes, ni de lupus érythémateux qui n'a pas les mêmes cicatrices, ni d'acné ulcéreuse ou nécrotique qui n'a pas les mêmes lieux d'élection.

Traitement. — Le traitement peut malheureusement se résumer

en une seule phrase. Il n'y a pas de traitement curatif de l'hydroa vacciniforme, il n'y a qu'un traitement prophylactique.

Le problème à résoudre consisterait à mettre la peau dans un état plus efficace de résistance contre l'action des rayons du soleil, et nous ne connaissons encore rien qui réponde à cette indication. Nous ne citons ici que pour mémoire l'opinion de Bazin qui croyait avoir trouvé dans les alcalins un remède radical.

On se contentera donc de recommander aux personnes qui sont sujettes à ces éruptions d'éviter de sortir quand il fait grand soleil, surtout en mars et avril, et quand il fait beaucoup de vent; lorsqu'elles sortent, elles doivent se protéger la figure soit avec des chapeaux à larges bords, soit avec des voiles épais ; on a même conseillé (Bowen) de se servir de voiles rouges ou safran pour neutraliser l'action des rayons solaires. Elles s'enduiront en outre les régions vulnérables d'un corps gras quelconque par-dessus lequel elles mettront de la poudre d'amidon.

Lorsque l'éruption s'est déclarée, il faut conseiller au malade de garder le repos à l'appartement et de ne sortir sous aucun prétexte. L'affection guérit ainsi avec rapidité quel que soit le topique émollient que l'on emploie ; le simple cold cream frais, ou une pommade faible à l'oxyde de zinc, nous semblent être préférables à toutes les applications plus ou moins énergiques que l'on a préconisées.

On peut se servir des pulvérisations ou des cataplasmes de fécule de pomme de terre pour faire tomber les croûtes. Radcliffe Crocker recommande d'ouvrir les vésicules dès qu'elles sont formées, et de les badigeonner avec de l'éther iodoformé, ou de les panser à l'iodoforme pour éviter les cicatrices.

En résumé, l'affection décrite par Bazin sous le nom d'*hydroa vacciniforme* et qui a été méconnue en France jusqu'à ce jour, doit être replacée dans le cadre nosologique. C'est une éruption tout à fait spéciale, qui survient surtout chez les enfants et récidive sans cesse, en présentant un maximum de fréquence pendant l'été ; elle a une tendance marquée à perdre de son intensité et à disparaître à mesure que l'on arrive à l'âge adulte. Les poussées qui ont des durées variables, de une à plusieurs semaines, se produisent après l'exposition aux rayons du soleil, beaucoup plus rarement sous l'influence des autres agents atmosphériques. Les lieux d'élection sont les régions découvertes, en particulier le visage (pommettes, nez, joues, front), les oreilles, la nuque, la face dorsale des mains, parfois les avant-bras, les pieds, les jambes; il est beaucoup plus rare encore de voir les autres parties du corps être envahies. L'hydroa vacciniforme est donc en réalité une éruption artificielle, de cause externe.

Au point de vue objectif, il est essentiellement constitué par des

sortes de soulèvements de l'épiderme, d'aspect vésiculeux, opalins, comme perlés, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille et qui reposent sur une base rouge. Ces éléments peuvent évoluer en cet état, se rompre, ou jaunir, se dessécher, se recouvrir d'une croûtelle, puis disparaître; ils peuvent aussi s'étendre par les bords, et dans ce cas ils prennent un aspect vraiment pathognomonique; le centre plus coloré et dont la teinte varie du brun clair au bleu sombre presque noirâtre est affaissé, de telle sorte que l'élément est ombiliqué; tout autour de ce centre se voit un soulèvement épidermique opalin, cloisonné, contenant de la sérosité transparente; le tout est entouré d'une aréole érythémateuse. Ces éléments sont plus ou moins étendus, isolés ou confluents, et revêtent dès lors les formes les plus diverses suivant les cas. Ces vésico-bulles ombiliquées si spéciales, prennent peu à peu l'aspect de pustules ombiliquées, puis elles se revêtent d'une croûtelle qui débute par le centre et dont la coloration varie suivant la coloration primitive de l'élément. Enfin la croûtelle tombe au bout de six à quinze jours d'évolution de la lésion, en laissant après elle une cicatrice déprimée, varioliforme, indélébile.

Il en résulte que les régions où se produit l'éruption, sont plus ou moins criblées de ces cicatrices.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion capitale de l'hydroa vacciniforme, est la nécrose des couches profondes de l'épiderme, des couches superficielles et moyennes du chorion; cette nécrose ne se produit pas d'emblée dès la première apparition des éléments morbides; elle se développe peu à peu à mesure qu'ils évoluent.

Le traitement doit être surtout un traitement prophylactique : les personnes qui sont sujettes à cette affection, devront éviter avec le plus grand soin de s'exposer trop longtemps aux rayons ardents du soleil; quand elles seront obligées de le faire, elles protègeront soigneusement les parties du corps qui sont habituellement découvertes.

SYPHILIS RÉNALE CONGÉNITALE

Par le Dr **R. Massalongo** (de Vérone).

Cette courte note anatomico-clinique a pour but de faire connaître un cas de *syphilis rénale congénitale* ou mieux *fœtale*, l'unique cas de ce genre que jusqu'ici connaisse la science.

Il s'agit d'une petite fille de six mois, née avant le terme de la gestation d'une mère syphilitique (syphilis préconceptionnelle), maladive dès la naissance, athrepsiée à un haut degré, très peu développée pour son âge, recueillie dans mon service des Enfants au mois de mars de l'année 1893.

Sa mère pendant la grossesse n'eut à subir aucune maladie aiguë.

La petite avait de nombreux syphilodermes aux cuisses et aux parties génitales externes.

A cause de ses mauvaises conditions générales, j'ai borné l'intervention curative à l'application, sur les cuisses et sur les parties génitales, pour quelques jours, de fomentations avec une solution de sublimé corrosif à un demi pour mille.

Alimentation au biberon.

Les manifestations cutanées disparurent lentement, mais les conditions déjà tristes de la pauvre fillette allèrent au contraire empirant de jour en jour. Et alors survinrent des vomissements, de la diarrhée, de l'albuminurie, des œdèmes limités à la face et aux extrémités, des convulsions, de la fièvre (maximum 39°,5) et du coma; avec ces phénomènes urémiques la petite mourut.

Unique étiologie : la syphilis.

A l'autopsie : *néphrite interstitielle.*

A l'examen histologique : outre la sclérose du tissu connectif on aperçoit les artères gravement affectées d'endo-artérite et de périartérite; un gros bourrelet de tissu scléreux, entoure la périphérie de l'artère et sur quelques points en déforme la lumière; l'endothélium est dans diverses parties rugueux, mamelonné et exfolié, et quelques artères sont en thrombose. C'est avec peine qu'on peut trouver encore quelques fibres élastiques bien conservées. Rares hémorrhagies du parenchyme.

Les artères de la rate et du foie sont malades également, mais à un degré beaucoup moindre, avec hyperplasie commençante du stroma connectival.

L'aspect des altérations microscopiques des reins démontre qu'il s'agit d'un cas de *néphrite interstitielle*, de *néphrite artérielle.*

De nombreux glomérules malpighiens sont comprimés et quelques-

uns sont atrophiés par l'exubérant tissu conjonctif; le réseau artériel qui les entoure est déformé et les diverses anses sont conjointes par un tissu fibreux fort épais. Également sclérotique apparaît le tissu interstitiel qui entoure les tubes urinifères; beaucoup d'entre eux, en divers endroits localisés, se montrent étranglés, atrophiés, ou n'existent plus.

Par places, on aperçoit les cellules de la sécrétion dégénérées et les lumières de quelques tubes obstruées par des cylindres hyalins ou granuleux.

Seulement de petites portions du tissu rénal se montrent en un état normal.

Ces altérations rénales correspondent exactement à celles décrites dans la *néphro-syphilose tardive* de l'adulte, lesquelles du reste ne diffèrent guère de celles des néphrites chroniques ordinaires provoquées par les infections communes.

La profondeur et la diffusion des altérations rénales, leur nature, leur aspect nous induisent à admettre que déjà dans l'utérus maternel, tandis que les organes allaient se développant, la syphilis en attaquait la structure par la primitive altération des artères périphériques, dystrophies viscérales de l'artério-sclérose. C'est pourquoi je crois pouvoir classifier mon cas avec l'épithète de *néphrite syphilitique fœtale*.

Malgré de très diligentes recherches dans les ouvrages concernant la syphilis congénitale, il ne m'a pas été possible de trouver aucune autre observation d'*artérite hérédo-syphilitique* aussi marquée et aussi diffuse dans divers organes, et encore moins de *néphrite artérielle syphilitique*.

Ce cas, étudié par moi, de syphilis viscérale (congénitale) soulève plus que tout autre une foule de considérations concernant la genèse et la physio-pathologie de la syphilis héréditaire ou innée.

Mais je ne veux pas entrer dans ce débat ardu, je ne m'en sens pas la compétence, d'autant plus que ce problème biologique reste plus que jamais non résolu, en dépit des efforts des princes de la science en matière de syphilis.

A moi la modeste tâche d'historien me suffit : il me suffit d'avoir fait connaître et d'avoir illustré un nouvel épisode des phases évolutives de l'hérédo-syphilis et d'avoir décrit un évènement morbide jusqu'à présent échappé à l'observation des médecins et des pathologistes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 10 *juillet* 1894.

Présidence : M. G. Lewin. — *Secrétaire* : M. O. Rosenthal.

Mélanosarcome.

M. Meissner montre une préparation microscopique provenant du malade que M. Lassar a présenté dans la séance antérieure, atteint d'un mélanosarcome récidivant. Il s'agit d'un sarcome à cellules fuselées. On n'y a pas trouvé de pigment du tout, comme cela arrive assez souvent.

En même temps, M. Meissner présente de la clinique de M. Lassar une malade qui, à ce qu'elle dit, porte sur le front depuis trente ans une tache pigmentaire de la grandeur de la paume de la main. Mais il faut supposer qu'elle existe depuis plus longtemps, peut-être en moins grande étendue. Pendant la dernière année une petite tumeur suintante aux bords élevés s'est formée. Après avoir fait une petite incision, on s'est convaincu qu'il s'agissait d'un carcinome à structure alvéolaire sans formation de pigment. C'est d'autant plus curieux qu'il est très rare, comme Czerny l'a trouvé, qu'un carcinome se développe sur la base d'un nævus pigmentaire.

Injections intraveineuses.

M. G. Lewin présente une malade dont la syphilis a fait des progrès malgré des injections intraveineuses. Elle fut reçue à la Charité avec un exanthème papuleux, un impétigo du cuir chevelu, de l'alopécie, une adénite universelle et une affection de la muqueuse de la bouche. On fit des injections intraveineuses, d'abord à 3, puis à 4 et enfin à 6 milligr., mais il fallut renoncer à ce procédé parce qu'il n'y avait plus de veines disponibles. Tout de suite après se montra au pied une nodosité qu'il fallait prendre pour une gomme.

L'éruption de cette forme maligne est une preuve que les injections intraveineuses n'ont pas toujours l'effet intense qu'on en attend.

Syphilis maligne.

M. G. Lewin présente un malade qui, après avoir eu une gonorrhée, il y a six ans, acquit une sclérose quatre ans plus tard et employa une cure mercurielle. Peu de temps après se montrèrent des ulcérations sur la tête et les lèvres, contre lesquelles il prit de l'iodure de potassium. Bientôt après, vint une nouvelle récidive qui fut traitée par la décoction de Salsepareille combinée avec des frictions mercurielles. Dans cette année, il eut une autre récidive, qui se manifesta par un rupia en forme de cocarde, c'est-à-dire en différents cercles concentriques. Tous les symptômes disparurent après l'emploi de l'iodure. Tout à coup, une

gomme se forma sur la luette, laquelle amena une destruction complète et aussi celle d'une partie du palais mou. Le sirop d'iodure de fer amena une amélioration très remarquable, de sorte que la prognose devint beaucoup meilleure que cela n'en avait eu l'apparence. Mais une nouvelle ulcération à l'occiput vint troubler la guérison, de sorte que M. Lewin a l'idée de traiter le malade par des injections intra-veineuses.

Œdème de la vulve.

M. G. Lewin présente une malade qui fut reçue avec une ulcération du vestibule, une uréthrite purulente, un herpès progénital et un œdème des grandes lèvres. Cette dernière affection est très rare chez les femmes, et surtout quand elle est bilatérale. Dans ce cas, l'infiltration des lèvres est si énorme qu'on pourrait croire à une sclérose syphilitique ou à un œdème induratif.

Adénomes sébacés.

M. O. Rosenthal, présente une infirmière de 26 ans avec une affection singulière de la figure. On y voit de petites tumeurs élastiques non diaphanes, en partie blanches, en partie jaunâtres, de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Elles se trouvent principalement des deux côtés du nez, dans les sillons naso-géniens, aux deux paupières où elles sont rangées en groupes, puis isolées au front, au menton, à la nuque jusqu'à l'épine de l'omoplate et au pourtour du conduit auditif. Il n'y a pas de symptômes inflammatoires, pas de télangiectasies, seulement quelques éphélides, peu de comédons dans l'alentour de la bouche et des boutons isolés d'acné à la nuque. De prime abord on conçoit qu'il ne s'agit pas d'affection fréquente. Lorsque M. Rosenthal vit la malade pour la première fois, il se souvint à l'instant d'une planche publiée en 1870 par Pringle dans le *Journ. of cutan. diseases.* Réellement il s'agit d'un cas d'adénomes sébacés. Très peu de cas ont été décrits jusqu'à présent. Le premier est de Balzer et de Ménétrier en 1885, le second de Balzer et Grandhomme en 1886, puis suivent trois cas de 1886 et 1887 dont les moulages se trouvent à l'hôpital Saint-Louis, le sixième cas est de Pringle en 1890, le septième de Caspary en 1891, le huitième de Jamieson en 1893, enfin trois cas observés dans une famille par Taylor et Barendt. En outre Crocker, mentionne dans ses « *Diseases of the skin* » qu'il y a vu 11 cas de cette sorte. M. Rosenthal a fait l'excision d'une petite tumeur et démontre par des préparations microscopiques qu'il s'agit d'une hypertrophie du tissu conjonctif et d'une augmentation des lobules et des ramifications des glandes sébacées. Nulle part ne se voient des signes d'inflammation ; l'épithélium glandulaire est partout bien développé. M. Rosenthal ajoute que Darier et Jacquet, plus tard Tôrôk, Brooke et Perry ont décrit sous le non de syringo-cystadénomes (adénomes sudoripares, hydradénomes) des cas dans lesquels il s'agit d'une augmentation des éléments des glandes tubuleuses. Aussi les cas publiés sous le nom de dysidrosis ou dysidrosis chronique comme aussi le cas de M. Rosenthal décrit sous cette désignation dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift* en 1887 semblent appartenir à la même catégorie. Dans ces derniers cas on ne réussit en discisant les petites tumeurs qu'à expri-

mer une gouttelette de sérum, tandis que dans le cas présenté on peut faire sortir de quelques-unes des tumeurs jaunâtres un petit globule de sérum. M. Rosenthal est d'avis qu'on est en état de pouvoir distinguer ces deux affections sans examen microscopique, mais qu'il y a aussi *des formes mixtes* dans lesquelles on trouve une augmentation des éléments des glandes sébacées et tuberculeuses. Que cette forme n'ait pas encore été décrite, pourrait être expliqué par la circonstance qu'il est seulement possible de disposer dans ces cas de tout petits morceaux du derme. Mais en général M. Rosenthal croit que ces cas ne sont pas si rares qu'on le supposerait en étudiant la littérature, mais que la plupart existent sans être observés, parce que l'affection ne cause pas d'inconvénient.

M. Lassar demande si cette affection mérite réellement le nom d'adénomes sébacés c'est-à-dire, s'il s'agit réellement d'une tumeur ou si ce n'est plutôt un kyste, puisque chaque petite tumeur se développe d'un conduit excrétoire d'une glande.

M. Lewin mentionne qu'on donne le nom de tumeur à tout ce qui se distingue par une augmentation de volume et s'élève au-dessous du niveau de son entourage. Le cas lui semble être très intéressant, vu que beaucoup l'auraient envisagé comme un cas de milium. Mais cette dernière affection siège toujours près des paupières et jamais à l'alentour du nez et de la bouche. En outre, elle est diaphane et molle, ce qui est de valeur pour la diagnose différentielle.

M. Rosenthal répond que la dénomination a été choisie par Balzer et gardée par tous les autres auteurs. Mais il ne s'agit pas de kystes. Caspary a fait un examen microscopique comparatif et a prouvé que les éléments des glandes acineuses avaient beaucoup augmenté. Il s'agit donc comme le microscope fait voir d'un néoplasme bénin formé d'éléments glandulaires.

Syphilis noduleuse du nez.

M. Heller présente un malade, porteur d'une affection insignifiante du nez, composée de petites tubercules, de sorte qu'il est bien difficile de faire le diagnostic entre le lupus et la syphilis. Le reste du corps ne montrait rien, seulement au testicule on remarquait une forte intumescence qui occupait aussi l'épididyme et qui avait pris son origine du corps d'Highmore. L'anamnèse constata que femme et enfants du malade avaient été traités de syphilis.

Tatouage.

M. Heller présente un ingénieur de navire qui, apres s'être tatoué sur sa main droite un ancre, voulait en être délivré maintenant. M. Heller a essayé pour cet effet l'électricité. Le cas n'est pas encore guéri. M. Heller supposa que l'inflammation produite par l'électrolyse servirait à emporter le pigment déposé dans l'épiderme. Cette idée s'est réalisée en partie, mais une kéloïde s'est formée que M. Heller pense pouvoir éloigner plus tard par le massage. Quant à l'effet du courant électrique sur la peau, on ne connaît pas encore d'études microscopiques qui s'en occupent. M. Heller a trouvé que l'hydrogène naissant du pôle négatif amène une destruction du tissu dont la teinture n'est plus possible. Il espère que la méthode

conduira à un résultat, puisque le pigment est situé très superficiellement dans les cas de tatouage.

Œsipus (Œsipe).

M. Rosenthal n'a pas l'intention de faire une comparaison spéculative entre les trois sortes de graisse, très rapprochées entre elles, l'œsipe, l'adeps lanæ et la lanoline, mais ne veut donner qu'une communication purement thérapeutique concernant l'œsipe. Le nom datant de l'antiquité où l'on s'en servait comme médicament et comme cosmétique, a été accepté par Ihle qui a publié plusieurs essais sur ce sujet, pour le suint de laine cru. En outre, Zänger et Berliner ont travaillé avec le même médicament. L'œsipe est brun foncé, onctueux et a une mauvaise odeur, particularités qui ne semblent pas recommander son usage. Mais plus M. Rosenthal s'en est occupé, plus il a reconnu sa haute valeur dermato-thérapeutique. La forme dans laquelle M. Rosenthal s'en est servi le plus, est celle d'une pâte, laquelle a été déjà choisie auparavant par Ihle et Berliner. Les formules en sont les suivantes :

Oxyde de zinc	} ââ	6 gr. 0
Poudre d'amidon		
Œsipe	} ââ	8 gr. 0
Huile d'olive		
Vanilline		0 gr. 05

Ou mieux.

Oxyde de zinc	} ââ	20 gr. 0
Poudre d'amidon		
Huile d'olive	} ââ	30 gr. 0
Œsipe		
Vanilline		0 gr. 2

Ou.

Oxyde de zinc	} ââ	20 gr. 0
Poudre d'amidon		
Œsipe	} ââ	28 gr. 5
Huile d'olive		
Teinture de Benj		3 gr. 0

En outre, M. R... fit usage d'un onguent rafraîchissant :

Œsipe	10 gr. 0
Vaseline jaune	20 gr. 0
Acétate d'alun liq	3 gr. 5
Eau distillée	18 gr. 5

On peut ajouter, selon l'effet désiré, du soufre, de la résorcine et du goudron. Ainsi M. R... a employé une pâte goudronnée, d'après la formule suivante :

Huile de cade		0 gr. 5
Oxyde de zinc	} ââ	6 gr. 0
Poudre d'amidon		
Œsipe	} ââ	6 gr. 5
Huile d'olive		

Quant à l'odeur, on peut la corriger déjà en exposant la pommade quelque temps à l'air. C'est là la raison pour laquelle l'odeur désagréable disparaît assez vite quand le derme a été enduit avec l'onguent. En général, M. R... a préféré d'ajouter un médicament corrigeant l'odeur, par exemple la vanilline 0,1 ou la teinture de benjoin 1,5 pour 50 grammes de la pâte. Dans cette composition, l'onguent se tient très longtemps sans rancir, il est souple, tient très bien sur le derme et coûte peu : le kilo vaut 1 fr. 25.

Les affections pour lesquelles cette médication se recommande sont les eczémas secs, squameux et impétigineux, surtout les eczémas infantiles de la face, les eczémas professionnels comme ceux des médecins par suite de l'iodoforme ou de l'acide carbolique, les eczémas après la gale et le dysidrosis. Dans le prurigo la pâte sert de bon auxiliaire aux bains de goudron. Dans cette affection il suffit déjà d'enduire la peau avec l'œsipe et l'huile d'olive en parties égales, deux fois par jour, et de poudrer ensuite ; l'effet produit se montre par une diminution remarquable du prurit, et par une guérison des parties eczémateuses.

Dans le pruritus ani la pâte de goudron a un très bon effet : les démangeaisons se perdent et les rhagades guérissent plus vite. Dans le pruritus pudendorum avec l'intertrigo et l'eczéma qui le suivent toujours, la pâte ordinaire rend superflu tout autre pansement, comme dans l'eczéma impétigineux des enfants. Dans l'acné vulgaire et la rosacée, Berliner a recommandé une pâte à la résorcine de 20 p. 100. M. R... a employé une pâte au soufre et à la résorcine d'après la formule suivante :

Résorcine		3 gr. 5
Soufre précipité		1 gr. 25
Oxyde de zinc	ââ	3 gr. 0
Poudre d'amidon		
Œsipe	ââ	7 gr. 5
Huile d'olive		
Vanilline		0 gr. 05

Dans le sycosis vulgaire, M. R... a modifié sa pommade au soufre et à l'acide tannique de la manière suivante :

Acide tannique		5 gr. 0
Soufre précipité		10 gr. 0
Oxyde de zinc	ââ	17 gr. 5
Poudre d'amidon		
Œsipe	ââ	23 gr. 5
Huile d'olive		
Teinture de benjoin		3 gr. 0

Dans le psoriasis, l'œsipe peut être joint à la chrysarobine avec ou sans acide salicylique : il semble retarder dans cette affection l'éruption d'une dermatite. La formule est la suivante :

Chrysarobine	10 gr. 0	20 gr. 0
Œsipe	50 gr. 0	50 gr. 0
Huile d'olive	30 gr. 0	30 gr. 0

On peut y ajouter :

Teint. de benj........................	3 gr. 0	3 gr. 0
Acide salicyl........................	3 gr. 0	5 gr. 0

M. R... a traité avec l'œsipe dans les pommades indiquées, nombre de malades, et a trouvé que souvent dans les classes aisées on a estimé sa valeur, surtout quand d'autres onguents avaient été déjà ordonnés sans succès. Le médicament, d'une valeur remarquable dans la dermatothérapie sert à enrichir la collection de nos remèdes. M. R... consent donc tout à fait à l'opinion de M. Fale, d'après laquelle il n'y a pas de graisse qui, dans la majorité des cas, puisse être supportée aussi bien et si longtemps que le suint de laine cru.

M. Casper voudrait connaître les expériences comparatives de M. R... Quoiqu'il n'ait jamais travaillé avec l'œsipe, il est convaincu que quand celui-ci est conservé longtemps il donne lieu au développement d'une masse de microorganismes. En outre, l'œsipe n'est pas une substance courante qui est chimiquement pure et dont la composition est connue, et comme il a vu des irritations de l'urèthre dans l'emploi de l'adeps lanæ, il croit avoir le droit d'avertir de faire l'emploi de l'œsipe.

M. Rosenthal réplique que les expériences comparatives sont déjà données par les résultats qu'offrent les malades qui avaient déjà été traités autrement. De beaucoup d'exemples en voilà un : Une jeune dame souffrant d'un eczéma opiniâtre des mains et de la face ne pouvait supporter aucun onguent. Lorsque M. R... voulut essayer la pâte d'œsipe, le pharmacien, qui ne connaissait pas le médicament prit à sa place la lanoline chimiquement pure. Aussitôt l'état fut empiré. L'erreur fut découverte parce que la malade n'avait pas aperçu l'odeur dont M. R... lui avait parlé. La nouvelle pâte faite avec l'œsipe fut non seulement tolérée, mais amena une amélioration remarquable. L'objection que l'œsipe n'est pas chimiquement pur et pas absolument connu dans sa composition est de nature théorique, et par conséquent de nulle valeur. Est-ce qu'on connaît peut-être la formule de l'huide de cade ou de la vaseline jaune ? Et pourtant ce sont deux préparations de haute valeur, et généralement employées. Et des différentes sortes de la vaseline jaune, l'américaine c'est-à-dire celle qui est encore le moins connue, est la plus efficace, tandis qu'aucun dermatologue ne se sert de la vaseline blanche, une préparation qui a la renommée d'être la plus pure. Il en est de même avec l'ichtyol. Et même les médicaments bien connus ne sont pas de la même valeur, et diffèrent selon la fabrique qui les a livrés. M. R... cite comme exemple la cocaïne et l'aconitine américaine et allemande. Pour le moment, ces objections n'ont pas de raison d'être, quoiqu'il soit bien à désirer que et nous arrivions à nous servir seulement de substances chimiquement classeés pures. Aussi, il est assez indifférent pour la pratique si une préparation contient du chlore ou des acides sébacés, la chose principale reste seule : la valeur dermathothérapeutique. Quant au principe efficace il est difficile d'en parler, puisque d'après l'idée de M. R... il se produit par une résultante composée des différentes matières qui y sont contenues.

A. Rosenthal.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

Barbellion. — Étude clinique sur les affections uréthrales non gonococciques (19 juillet 1894).

A côté de la blennorrhagie vraie causée par le gonocoque il y a place pour un certain nombre d'écoulements uréthraux, ou blennorrhoïdes, relevant d'une autre cause. La situation de l'urèthre, plus particulièrement chez la femme, le met dans un état de réceptivité favorable pour les infections. Parmi celles-ci les unes surviennent chez des individus exempts de blennorrhagies (*infections primitives*) ; les autres se montrent au cours de la blennorrhagie à gonocoques (*infections mixtes*) et après celle-ci (*infections secondaires*). Les premières sont de beaucoup les plus rares. Ces infections saprophytiques reconnaissent des origines *externes* ou *internes*. Les microbes normaux de l'urèthre et du méat peuvent à eux seuls donner une uréthrite si les conditions de réceptivité sont favorables. Le coït surtout avec une femme atteinte de métrite, le cathétérisme, la sonde à demeure, les injections irritantes les favorisent. Plus rarement l'infection vient de l'intérieur, rein ou vessie. Les uréthrites diffèrent cliniquement de la blennorrhagie ; incubation très courte, écoulement peu abondant et peu douloureux. L'examen microscopique y révèle une ou plusieurs espèces microbiennes ; les plus fréquemment rencontrés sont le micrococcus conglomeratus et le diplococcus subflavus, etc. ; elles tendent à guérir spontanément et durent ordinairement peu ; leur contagiosité paraît certaine ; le meilleur traitement est le sublimé en solution de 1/20000 à 1/10000 ou le nitrate d'argent à 1/200 et à 1/500.

Duchemin. — Contribution à l'étude de la rétention d'urine au cours de la blennorrhagie (24 juillet 1894).

La rétention d'urine au cours de la blennorrhagie n'est pas absolument rare ; généralement elle apparaît dans la troisième ou la quatrième semaine ; elle est exceptionnelle dans les premiers jours. Les causes les plus habituellement notées sont les excès de boisson et le coït trop tôt repris et surtout les injections forcées. La pathogénie en est assez complexe ; il est probable que les divers éléments congestifs, inflammatoire et spasmodique se combinent et que le boursouflement de la muqueuse joue le principal rôle. Le cours de l'urine revient souvent spontanément ou sous l'influence de moyen médicaux, grands bains, lavements, opium ; mais le cathétérisme est quelquefois obligatoire ; le plus souvent, en résumé, complication sans grande gravité.

BÉTANCÈS. — Thérapeutique médico-chirurgicale de l'orchite blennorrhagique (20 décembre 1893).

Revue rapide mais assez bien présentée de tous les multiples moyens préconisés contre l'orchite. Celui que l'auteur recommande est le procédé qu'il a vu employer par le Dr Thiéry, à savoir l'emploi de pulvérisations phéniquées analogues à celles que l'on fait contre les furoncles. Le pulvérisateur est chargé de solution phéniquée à 1/50, et distant de 25 à 30 centimètres du malade pour que la pulvérisation arrive aussi chaude que possible ; la séance dure de 20 minutes à une demi-heure, elle est renouvelée deux fois par jour, trois fois s'il est nécessaire ; dans l'intervalle le malade reste étendu dans le lit les bourses relevées. Elle supprime toute autre médication. Cependant dans les formes très douloureuses il y a lieu d'adjoindre l'administration de la teinture d'anémone pulsatille.

G. LUCAS. — Résultats du toucher rectal dans 285 cas d'épididymites blennorrhagiques (24 juillet 1894).

La prostatite et la vésiculite accompagnant l'épididymite blennorrhagique en dehors des formes aiguës suppurées ne sont pas encore très bien connues. Leur diagnostic, car elles se traduisent quand elles restent à l'état congestif par des symptômes subjectifs à peine appréciables ne peut être fait que par l'examen local direct. Sur 285 cas, la plupart appartenant au service de M. le Dr Humbert, 174 fois on n'a constaté aucune lésion profonde ; dans le reste, les lésions ordinairement peu accusées consistaient en une simple congestion ou une inflammation simple sans suppuration ; il y avait un peu d'augmentation de volume et de la douleur à la pression, parfois un seul de ces caractères. Les lésions siègent presque constamment du même côté que l'épididymite. La résolution est la règle.

L. BERGERON. — Des dermopathies blennorrhagiques (8 février 1894).

Rien de nouveau dans ce travail, seulement deux observations d'érythème survenu chez des femmes. Comme pathogénie l'auteur ne croit pas que les éruptions soient dues à la gonohémie, mais pense quelles sont d'origine réflexe, ce seraient des érythèmes angio-nerveux.

VIGNAUDON. — De l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant (20 décembre 1893).

La rareté relative de l'arthrite blennorrhagique dans l'enfance paraît tenir à ce que les faits de ce genre passaient inaperçus jusqu'à il y a une dizaine d'années ; depuis, les observations vont se multipliant ; et rien qu'en l'espace de deux mois l'auteur en a recueilli trois faits chez des fillettes du service de M. Sevestre, à l'hôpital Trousseau. La vulvo-vaginite de petite fille est de mieux en mieux étudiée et rapportée à sa véritable cause et c'est d'ailleurs la cause la plus habituelle de ces arthrites ; à côté de la vulvo-vaginite, l'ophthalmie a été le point de départ de plusieurs cas. Le rhumatisme blennorrhagique de l'enfant est plus souvent monoarticulaire que polyarticulaire, l'aspect clinique diffère peu de celui qu'on observe chez l'adulte ; mais le pronostic est plus favorable, la guérison sans ankylose étant la règle.

Hopenhelder. — De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique du poignet (26 juillet 1894).

Cette méthode, encore un peu à ses débuts, en France tout au moins, constituerait d'après l'auteur, qui s'appuie d'ailleurs sur la grande autorité de M. le professeur Tillaux, la méthode de choix pour les arthrites blennorrhagiques aiguës. Elle supprime presque instantanément la douleur et constitue le plus puissant moyen de se prémunir contre l'ankylose plastique toujours imminente, au poignet surtout. La méthode toutefois n'est pas applicable à la forme arthralgique, ni à l'hydarthrose où elle est inutile ; mais dans les formes aiguës ou suraiguës et suppurées elle s'impose ; enfin discutée encore pour la forme aiguë séreuse, elle serait cependant d'après l'auteur le traitement le meilleur.

J. Barrié. — Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique (14 juin 1894).

Parmi les accidents les plus graves, mais heureusement aussi les moins fréquents, de la blennorrhagie il faut noter les complications du coté de l'axe spinal. L'histoire en est relativement récente, car ce n'est que depuis qu'on a reconnu la nature infectieuse de la blennorrhagie qu'on a soupçonné le rapport à établir entre l'écoulement uréthral et des manifestations aussi éloignées. Cependant les faits déjà publiés (une trentaine environ) permettent d'esquisser l'histoire de la méningo-myélite blennorrhagique et l'on saura gré à M. Barrié d'avoir entrepris cette très utile étude d'ensemble. L'homme y paraît plus prédisposé ; l'excès de coït et de boisson, et le froid paraissent jouer un certain rôle, mais dans certains cas rien n'est noté de particulier ; le début se fait vers la troisième semaine ; des accidents analogues peuvent se montrer dans la blennorrhagie chronique mais alors il y a eu en même temps des arthrites. Cliniquement deux types : une forme *aiguë*, une forme *subaiguë* ou *chronique*.

La *forme aiguë* est la plus habituelle, elle s'accompagne ou non d'autres complications, quelquefois d'arthrite ; elle se caractérise par une paraplégie accompagnée ou non de trouble des sphincters. Elle débute par de violentes douleurs lombaires, avec quelquefois de la fièvre et des phénomènes généraux. La rétention d'urine est presque constante suivie le plus souvent d'incontinence. Puis vient la paralysie et des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs ; troubles de la sensibilité, des réflexes, troubles trophiques, escarre sacrée, etc.

La guérison est assez fréquente et peut être rapide ; alors elle ne laisse pas de traces ; si elle est lente, peut apparaître une atrophie musculaire plus ou moins accentuée. La mort s'est produite dans plusieurs cas, due à des phénomènes d'infection générale le plus souvent, mais pouvant résulter de l'évolution de la myélite vers le bulbe.

Forme subaiguë. Elle est moins nettement établie ; il s'agit alors d'accidents médullaires survenant chez des malades atteints depuis longtemps d'arthrites. Dans un premier type il s'agit d'individus qui après des récidives multiples d'arthrite ayant porté sur diverses articulations, surtout sur celles des membres inférieurs voient survenir de l'atrophie de ces régions. Cette atrophie est précédée ou accompagnée de douleurs avec

irradiations lombaires, en même temps exaspération des réflexes et épilepsie spinale. L'impotence fonctionnelle n'est pas absolue ; pas de troubles des sphincters ; ces symptômes durent fort longtemps et sont susceptibles d'amélioration. Dans un deuxième type, l'atrophie musculaire est plus généralisée sans rapport avec les articulations atteintes.

L'anatomie pathologique est encore bien incomplète ; dans les quelques examens faits les lésions portaient surtout sur les méninges ; il y avait concurremment des lésions de la substance propre de la moelle. Dans la seule observation où l'examen bactériologique a pu être fait (observation de l'auteur), on ne trouva que les microbes dus à une infection secondaire. L'absence de gonocoques ne permet pas de nier cependant l'origine blennorrhagique ; la plupart des complications de la blennorrhagie sont dues, on le sait, à des infections secondaires. L'auteur n'hésite pas à faire de ces accidents médullaires des accidents d'infections au moins pour la forme aiguë : la forme subaiguë se rapproche des accidents médullaires consécutifs aux arthrites, cependant à cause de la tendance à la généralisation, de la coïncidence de douleurs en ceinture, il est possible de penser à une lésion diffuse de la moelle sous la dépendance de la blennorrhagie.

Lemoyne de Martigny. — De la blennorrhagie et de son traitement par les lavages vésicaux sans soude au permanganate de potasse (5 juillet 1894).

Travail fait à la clinique de l'hôpital Necker, et confirmant les bons résultats obtenus par une méthode dont il a été souvent déjà parlé dans les *Annales*.

Le permanganate est le médicament de choix à employer contre le gonocoque, le nitrate d'argent et le sublimé restant supérieurs pour les autres microbes des uréthrites. Le permanganate n'agit pas comme antiseptique, mais en créant un milieu défavorable à la pullulation du gonocoque. Il détermine un gonflement œdémateux de tout l'urèthre, et une sécrétion séreuse. C'est ce milieu séreux qui est défavorable au gonocoque. Le lavage les balaye de la surface de l'urèthre, la réaction qui suit s'oppose à leur développement. On trouvera dans cette thèse la description minutieuse du manuel opératoire et des doses à employer.

J. Vigneron. — Du traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme, par les injections intravésicales d'acide picrique en solution concentrée (24 juillet 1894).

L'uréthrite chez la femme est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit habituellement ; elle se montre ordinairement sous la forme subaiguë ; elle se présente soit sous la forme d'uréthrite prœuréthrale cantonnée dans les glandes de l'embouchure de l'urèthre, soit sous la forme d'une uréthrite totale. Elle existe le plus ordinairement à l'état chronique. Nombre de traitements ont été préconisés ; celui que décrit l'auteur est employé par M. le D[r] Chéron, dans son service de l'infirmerie de Saint-Lazare.

M. Chéron se sert d'une solution saturée d'acide picrique. On l'obtient en ajoutant à de l'eau bouillante une certaine quantité d'acide picrique en paillettes ; on sépare l'excès par décantation. On a ainsi une solution d'un

beau jaune doré. L'acide picrique n'irritant pas la vessie, le médicament est introduit dans la vessie de façon que l'urine se trouve modifiée dans la vessie et agisse ensuite sur l'urèthre à chaque miction. On se sert pour cela d'une seringue d'une contenance de 10 centim. cubes à laquelle s'adapte une sonde métallique semblable aux sondes de forme ordinaires. La vulve étant nettoyée, et après avoir fait un lavage intra-uréthral avec une solution boriquée, on introduit la sonde dans l'urèthre, et une fois dans la vessie on pousse doucement le contenu de la seringue.

L'injection est répétée tous les deux jours.

La guérison serait obtenue après une durée moyenne de dix à vingt jours.

Charlot. — Essai sur certaines ulcérations vaginales (28 décembre 1893).

Travail dénué d'intérêt, où il est question à la fois des ulcérations tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du col de l'utérus et du vagin ; les observations, d'ailleurs très sommaires, ne portent même pas leur référence bibliographique ou l'indication de l'hôpital où elles ont été recueillies.

Bazénerye. — Étude clinique sur la syphilis nasale acquise (18 avril 1894).

Ce n'est pas seulement l'histoire du chancre, mais celle plus importante des manifestations ultérieures de la syphilis nasale, dont il est parlé dans ce travail. La syphilis secondaire du nez est plus fréquente qu'on ne le croit : tantôt elle produit une rhinite érythémateuse, tantôt une rhinite ulcéreuse; ces ulcérations, ou mieux ces érosions, siègent au vestibule, à l'entrée des fosses nasales, ou bien sur la cloison, plus rarement sur les cornets. Ce sont de petites érosions à fond rouge, en général superficielles, assez profondes cependant pour déterminer quelquefois des épistaxis.

Mais si les accidents primaires et secondaires de la syphilis sont relativement rares, beaucoup plus fréquents sont les accidents de la période tertiaire; deux formes à distinguer : l'ozène et les gommes.

L'ozène syphilitique, en dehors de l'odeur épouvantable pathognomonique, se traduit encore par d'autres troubles fonctionnels qu'on ne trouve pas dans l'ozène vrai : ce sont des destructions partielles de cartilage, des perforations de la cloison, des affaissements de l'organe : c'est une manifestation rebelle, ne bénéficiant que relativement du traitement spécifique, mais réclamant surtout un traitement local; il faut retenir que, même après la guérison des lésions osseuses, l'odeur peut persister, et le malade devenir un ozéneux vrai. Dans la gomme, dont l'auteur rapporte deux observations, l'odeur ozéneuse fait au contraire habituellement défaut, les signes sont ceux du coryza vulgaire, la cloison est plus ou moins gonflée et déformée; les gommes peuvent disparaître par régression, mais il est à craindre aussi qu'elles ne s'ulcèrent et n'entraînent une destruction de la cloison.

G. Le Bart. — Le chancre primitif du nez et des fosses nasales (6 juin 1894).

Thèse faite sous l'inspiration du Dr Jullien : les documents y sont bien présentés. Des statistiques recueillies de divers côtés, l'auteur estime à 3,7 pour 100 des chancres extragénitaux la fréquence relative des chancres du nez. La contagion a presque constamment lieu d'une façon indirecte, par l'intermédiaire d'instruments, ou mieux encore des doigts, introduction des doigts dans le nez et grattage. Le chancre siège sur le tégument externe ou sur la muqueuse pituitaire dans les fosses nasales.

Le chancre du tégument externe s'accompagne ordinairement d'un gonflement considérable du nez; ceux de la pituitaire sont plus fréquents mais passent souvent inaperçus ; on n'en connaît pas d'exemple sur les cornets.

Un tableau placé à la fin de cette thèse donne le résumé de 27 observations de chancre du nez.

Lefranc. — Les syphilides à cicatrisation chéloïdienne (14 mars 1894).

Thèse basée sur l'histoire d'un malade observé successivement dans les services de M. Besnier et de M. Fournier : malade atteint d'une syphilis maligne avec multiples ulcérations cutanées qui finirent par se cicatriser; mais la plupart des cicatrices devinrent chéloïdiennes. Une de ces chéloïdes a été biopsiée et examinée par M. Darier. Ces chéloïdes ne diffèrent pas des autres chéloïdes cicatricielles; le traitement spécifique n'a aucune action sur elles, et comme toutes les chéloïdes elles sont fort rebelles. C'est d'ailleurs une transformation très rare des cicatrices syphilitiques.

Mendel. — Étude sur la laryngite syphilitique secondaire (20 décembre 1893).

Travail très intéressant, fait avec une compétence particulière dans le service de M. le professeur Fournier. La laryngite se présente, chez les malades à la période secondaire de la syphilis, dans une proportion de 5 p. 100 environ. L'auteur a observé régulièrement au laryngoscope 26 malades atteints de laryngite, et croit pouvoir rapporter les lésions observées à quatre types principaux que l'on trouve d'ailleurs le plus souvent combinés : l'érythème, les plaques muqueuses, les papules, l'hyperplasie. Les plaques muqueuses forment la lésion la plus habituelle. Sur la partie rosée de la muqueuse du larynx, elles se montrent avec leurs caractères habituels, mais sur les cordes vocales elles ont l'aspect de taches ou de bandes blanc mat. L'érythème les précède toujours. Les papules s'observent sur le bord libre des cordes vocales : elles évoluent rapidement sous l'influence du traitement; quelques-unes ont à leur sommet une syphilide érosive. Enfin l'hyperplasie est l'aboutissant des formes graves de la laryngite secondaire; elle peut être partielle ou généralisée : la muqueuse est épaissie et irrégulière, et surchargée de petites masses mamelonnées qui entravent plus ou moins le fonctionnement des cordes vocales. En dehors de l'hyperplasie, la laryngite syphilitique est

le plus souvent bénigne, et guérit dans une moyenne de un mois à six semaines. Le traitement général est de la plus grande utilité ; mais le traitement local est le plus souvent indispensable. Il est composé de cautérisations laryngées, au moyen d'une solution forte (1/10) de nitrate d'argent; en outre un traitement hygiénique s'impose.

Ed. Henry. — La syphilis tertiaire de la gorge (23 juillet 1894).

Travail ne contenant aucun fait nouveau, résumant seulement les notions déjà connues sur les gommes du palais, des amygdales et du pharynx.

Em. Pekle. — Des arthropathies syphilitiques précoces (14 mars 1894).

L'auteur relate une observation, d'ailleurs discutable, d'arthrite de l'épaule droite chez une jeune femme tuberculeuse, atteinte en même temps de syphilides de la peau et des muqueuses, et améliorée par l'iodure de potassium ; un certain nombre d'observations d'arthralgies secondaires, d'hydarthroses et d'arthrites vraies, sont reproduites d'après divers auteurs; un trop grand nombre données comme tirées des *Archives de l'hôpital Saint-Louis*, sans autre indication, auraient besoin d'avoir une référence un peu plus explicite.

P. Grasset. — Étude sur les rapports du scrofulo-lymphatisme avec la tuberculose et la syphilis (20 mai 1894).

Partant de la conception de la scrofule par Bazin, l'auteur montre comment l'entité morbide s'est divisée en trois morceaux : le premier a été pris par la syphilis, le second par la tuberculose; le troisième mérite de subsister et constitue le scrofulo-lymphatisme. Ce scrofulo-lymphatisme paraît tenir à un trouble dans le fonctionnement du système lymphatique, et se caractérise par l'aptitude, pour les jeunes sujets entachés de cette diathèse, aux suppurations cutanées superficielles (impétigo, tournioles, furoncles), aux catarrhes chroniques des muqueuses conjonctivale et nasale, aux otites, aux angines à répétition, etc. La syphilis héréditaire serait une cause prédisposante à cet état particulier ; elle se rencontre toutefois, dans les antécédents, plus rarement que la tuberculose. Des considérations sur la thérapeutique de ce scrofulo-lymphatisme complètent et terminent cette thèse intéressante et bien composée.

Charnaux. — Essai sur le diabète sucré syphilitique (31 mai 1894).

Dix-neuf observations dont quelques-unes fort importantes ont été rassemblées par l'auteur dans différentes publications, et constituent, l'auteur le proclame modestement lui-même, l'intérêt principal de son travail. Il a su cependant en tirer bon parti, et exposer très simplement l'état actuel de cette curieuse question. La syphilis pourrait, vis-à-vis du diabète, jouer le rôle suivant : elle peut, en agissant sur le système nerveux, provoquer par contre-coup un diabète, c'est la forme la mieux établie ; elle peut engendrer aussi un diabète pancréatique en agissant sur le pancréas, cas tout à fait rare : enfin elle peut, sur des terrains

prédisposés, favoriser l'éclosion d'un diabète vulgaire, alors véritable accident para-syphilitique. Les deux premières formes sont donc réellement syphilitiques : seules aussi, elles peuvent bénéficier du traitement. Celui-ci a donné des résultats inespérés dans le diabète d'origine cérébrale, à la condition toutefois qu'il ait été institué de bonne heure. Les circonstances sont les mêmes dans ce cas que dans la syphilis cérébrale de laquelle le diabète n'est, après tout, dans ce cas, qu'un symptôme.

J. Sottas. — Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques (10 mars 1894).

Ce travail est un des plus importants qui aient paru depuis quelques années sur la syphilis du système nerveux, et il tire surtout son intérêt des études anatomo-pathologiques faites personnellement par l'auteur, et qui lui ont servi à élucider plusieurs points encore obscurs de l'histoire de la syphilis médullaire. Laissant de côté l'étude des maladies systématiques de la moelle, pour lesquelles l'influence de la syphilis est sujette à contestation, il étudie seulement les formes qui se révèlent par des lésions anatomiques suffisamment caractéristiques de l'infection syphilitique. Dans ces cas, le parenchyme n'est atteint que secondairement à l'inflammation de l'élément vasculaire lymphatique et conjonctif du système nerveux.

L'inflammation débute par les parois vasculaires et les parties périvasculaires, et frappe surtout les petits vaisseaux de la périphérie de la moelle. Dans les gros vaisseaux, elle atteint la tunique interne et surtout la tunique externe en se développant autour des vasa-vasorum. Delà, elle gagne les gaines lymphatiques périvasculaires, puis le système lymphatique des méninges, et enfin la cavité arachnoïdienne tout entière. Les lésions sont alors constituées par une inflammation des parois vasculaires qui atteint son maximum dans les veines et les petits vaisseaux ; une infiltration diffuse du stroma conjonctif des méninges ; une irritation de toutes les surfaces baignées par le liquide céphalo-rachidien (surface des méninges, parois ventriculaires). Ces lésions tendent à former des gommes miliaires. Secondairement arrivent les lésions du parenchyme, pouvant être produites : 1° par un trouble de nutrition, en raison des lésions vasculaires et de celles de la membrane nourricière tout entière de la moelle ; 2° par l'envahissement du parenchyme médullaire par l'infiltration spécifique. Le premier de ces processus est le plus important. Selon l'intensité, la distribution et la rapidité d'évolution des lésions primitives, la nécrose anémique du tissu nerveux apparaît : tantôt brusquement, sous forme d'un foyer de ramollissement transverse pouvant siéger à divers étages de la moelle ou prédominer dans tel ou tel département vasculaire ; tantôt lentement, la destruction des éléments s'accompagnant d'un processus de réaction substitutive du tissu névroglique qui remplace peu à peu les éléments dégénérés. Cette réaction substitutive aboutit à la sclérose névroglique du tissu dégénéré. A ce stade, l'aspect anatomique se caractérise par la sclérose névroglique, les altérations des vaisseaux et l'épaississement du tissu conjonctif qui pénètre dans la moelle en accompagnant les vaisseaux.

Les lésions sont généralement diffuses, mais elles peuvent prendre l'aspect d'une lésion transverse plus ou moins intense, plus ou moins bien limitée, et siégeant à des étages divers de la moelle ; elles peuvent aussi se distribuer plus irrégulièrement sur une longue étendue de l'axe spinal. Dans tous les cas, elles sont prédominantes dans la zone marginale. La localisation dorsale est la plus fréquente. Confluentes ou disséminées, elles produisent toujours l'effet d'une lésion transverse, et s'accompagnent d'une dégénérescence secondaire ascendante et descendante des tubes nerveux interrompus. Les lésions affectent plus particulièrement le territoire du système vasculaire spinal postéro-latéral. Elle peuvent d'ailleurs prédominer dans divers systèmes de cordons : cordons latéraux, cordons postérieurs, substance grise des cornes antérieures, et provoquer des syndromes qui simulent certaines affections systématiques de la moelle.

L'évolution de la forme commune est la suivante : à la période de l'établissement des altérations primitives vasculaires et méningées correspond une phase de phénomènes prémonitoires diffus ; à la période de ramollissement et de dégénérescence des éléments nerveux, une attaque de paraplégie suivie d'une période de phénomènes paralytiques et de troubles trophiques graves. A la période de sclérose répond la paraplégie spasmodique chronique. L'affection peut débuter brusquement sans prodromes ; d'autres fois les malades arrivent lentement à la phase de paraplégie spasmodique, sans passer par la phase aiguë. Enfin d'autres atteignent progressivement la période des accidents graves, en passant par la phase spasmodique.

La mort peut survenir rapidement, du fait de la localisation ou de l'étendue des lésions, ou plus tard par les progrès de l'affection ou par une complication. L'aboutissant ordinaire est une paraplégie spasmodique persistant à l'état chronique, après une amélioration plus ou moins marquée. La guérison complète n'est possible que lorsque les altérations primitives vasculaires et méningées ont pu être enrayées avant la destruction définitive du parenchyme nerveux.

Dans certaines circonstances l'inflammation primitive s'accentue dans les méninges, produisant une méningite ou une pachyméningite syphilitique, ou bien elle prend l'aspect d'une néoplasie gommeuse circonscrite volumineuse ; cette dernière forme est très rare.

Le traitement doit être fait dès les premiers symptômes, car alors seulement il a quelques chances de réussir avant que les lésions nécrobiotiques soient constituées : il reste alors sans influence.

La syphilis médullaire est une affection toujours sérieuse : la mort peut survenir en dépit du traitement, surtout dans les formes aiguës. Quand elle n'est pas mortelle, la maladie aboutit le plus souvent à une infirmité plus ou moins accentuée. En dehors des cas heureux mais rares où la guérison complète peut être obtenue, l'amélioration ne dépasse pas une certaine limite qui est fixée par l'importance d'une cicatrice scléreuse incurable de la moelle. Plus fréquente chez l'homme, la syphilis médullaire apparaît à une époque assez rapprochée de la date de l'infection, avec un maximum entre la fin de la première année et la fin de la sixième.

Telles sont les conclusions de ce remarquable travail, œuvre tout à la

fois personnelle et critique, qui fait le plus grand honneur à M. Sottas et à son maître M. Dejerine qui en a été en grande partie l'instigateur.

F. Henriquez. — Contribution à l'étude de la syphilis médullaire (14 juin 1894).

Cette thèse, parue après la précédente et ayant pour point de départ les mêmes observations, ne présente forcément qu'un intérêt assez restreint puisqu'elle ne fait que reproduire pour ainsi dire le travail de M. Sottas. Elle contient cependant quatre observations personnelles de malades du service de M. Lancereaux, dont une avec autopsie : le reste est emprunté aux divers travaux antérieurs, notamment à ceux de M. Lamy et de M. Sottas. Les conclusions du travail sont forcément les mêmes : précocité relative de la syphilis médullaire ; curabilité possible si l'on intervient dès le début, mais relativement aussi rare ; lésions habituelles, leptoméningite, artérite, phlébite et localisations sur la dure-mère (pachyméningite et gommes) et le rachis (ostéo-périostites, gommes).

S. Lagoudaky. — Étude clinique sur les rapports de la syphilis et du tabes (30 mai 1894).

Thèse faite à la Salpêtrière, et qui, naturellement, est contraire quelque peu à l'opinion bien connue de M. le professeur Fournier dont Charcot n'avait jamais accepté la façon de voir relativement à l'étiologie du tabes. L'auteur a réuni 212 observations, celles des malades qui, au moment de la vogue du traitement par la suspension, vinrent se faire traiter à la Salpêtrière ; sur ce nombre il trouve : *syphilis et hérédité nerveuse combinées*, 28 cas ; *hérédité nerveuse seule*, 44 cas ; *syphilis seule*, 63 cas ; *ni syphilis ni hérédité nerveuse*, 77 cas ; soit donc une proportion de 29 syphilitiques pour 100, de 48 pour 100 en ajoutant les cas de syphilis et hérédité nerveuse combinées. La thèse de Greuss, en Allemagne, donne 39 p. 100, chiffre sensiblement le même.

Il est évident que la statistique change suivant l'observateur, le syphiliographe voyant de préférence les malades ayant eu la syphilis antérieurement ; le neurologue, les autres. Aussi le médecin ophtalmologiste, qui voit souvent les malades au début de leur maladie, lors des paralysies oculaires, est-il bien placé pour établir une statistique impartiale. Eh bien, de Wecker et Landolt trouvent la syphilis dans un tiers des cas seulement ; M. Panas est d'une opinion analogue. Ces deux opinions sont certes d'un grand poids ; aussi ne s'étonnera-t-on pas de la conclusion de l'auteur, que la syphilis, dans l'étiologie du tabes, n'a qu'un rôle « d'agent provocateur », que le grand facteur étiologique c'est l'hérédité nerveuse, et, chose plus grave, que le mercure donné aux malades syphilitiques ne serait peut-être pas étranger à l'éclosion plus ou moins hâtive de la maladie chez des gens qui l'avaient en puissance. Ce travail, très bien fait, ne peut manquer d'ajouter à la confusion qui règne sur ce point de la pathologie, et risque d'ébranler les convictions de la masse des praticiens à qui l'école opposée ne cesse chaque jour d'indiquer le traitement mercuriel longtemps prolongé comme le meilleur moyen d'éviter le tertiarisme.

En présence d'ailleurs de l'impuissance avérée du traitement spécifique

dans le tabes, tout l'intérêt de cette longue discussion est surtout d'ordre scientifique; cependant, un nouveau point se pose, ou plutôt revient en discussion, car il a été déjà souvent posé : l'influence nocive possible du mercure chez les malades nerveusement prédisposés.

Meinnier. — Traitement local des syphilides secondaires par les fumigations de calomel (11 juillet 1894).

Les fumigations mercurielles signalées dans les vieux syphiligraphes sont peu employées à présent; mais elles ont été surtout employées comme mode de traitement général. M. Balzer a essayé dans son service les fumigations de calomel comme traitement local. Il se sert pour cela d'un petit appareil très simple, communément employé en Angleterre. C'est un tube de verre effilé à l'une de ses extrémités, présentant à son milieu un renflement : dans ce renflement on place la poudre de calomel; à l'autre bout du tube on ajoute une soufflerie ; on chauffe le renflement au-dessus d'une lampe à alcool, on souffle avec la poire, et les vapeurs sortant par l'extrémité effilée du tube vont se déposer sur la partie que l'on veut traiter. La fumigation est absolument indolente, elle est inoffensive : elle réussit très bien contre les plaques muqueuses de la gorge.

Ce traitement, bien entendu, n'est employé que comme adjuvant du traitement général.

Cauchard. — De la traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis (24 juillet 1894).

Travail relatant les essais faits à Saint-Lazare par M. le Dr Jullien du moyen d'emploi du calomel préconisé par le Dr Peroni, de Turin. Le calomel est incorporé dans la traumaticine, dans la proportion d'un quart. La région habituellement choisie pour faire les badigeonnages est la région du dos; l'absorption du mercure est assez lente à se faire, mais elle a lieu sûrement, comme le fait reconnaître l'analyse des urines. C'est une méthode à employer dans les cas de syphilis peu grave où l'intolérance de l'estomac fera rejeter l'emploi de la médication interne.

Galeriu. — Contribution à l'étude du salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis (16 novembre 1893).

Employé à l'étranger, notamment au Brésil par Silva de Aranjo, le salicylate de mercure a été jusqu'ici peu utilisé en France. M. Balzer l'a expérimenté en injections et à l'état insoluble. La formule de l'injection est : Huile de vaseline 10 centimètres cubes, salicylate de mercure 1 gramme. On injecte habituellement à la fois 5 centigrammes de salicylate de mercure, et les injections sont faites tous les cinq jours. La réaction inflammatoire est très limitée, et le mercure est retrouvé dans les urines dès les premières vingt-quatre heures. Deux à quatre injections de 5 centigrammes sont en général suffisantes pour traiter les accidents en cours d'évolution, mais non pour empêcher les récidives. C'est une méthode très active, plus active que l'huile grise ; ses indications sont celles de toutes les autres injections de sels insolubles ; c'est un mode de plus à employer

J. Moullin. — De la stomatite mercurielle tardive (28 juin 1894).

Quelques observations récemment publiées à la Société de dermatologie ont attiré l'attention sur cette forme relativement rare de stomatite mercurielle ; on semble l'avoir surtout observée depuis l'emploi des injections mercurielles, surtout des injections de sels insolubles qui accumulent le mercure dans l'économie d'où il met plus ou moins longtemps à s'éliminer. Ordinairement la cause déterminante est ou bien un traumatisme sur la région où ont eu lieu les injections et par lequel le foyer contenant le mercure est rompu et le métal mis rapidement dans la circulation, tantôt le refroidissement, tantôt une cure thermale, quelquefois rien d'appréciable. Le plus souvent cette stomatite revêt une assez grande importance. Les malades dont les reins sont en mauvais état, sont plus exposés que les autres. On a vu la stomatite se produire chez des malades auxquels avait été donné le calomel comme diurétique. Les injections de préparations mercurielles insolubles sont contre-indiquées dans le cas d'altérations rénales.

A. Journeault. — Réinfection syphilitique (26 juillet 1894).

Les lecteurs des Annales n'ont pas oublié le mémoire de Hudelo publié ici même sur ce sujet et dont la conclusion était que la réinfection était, sinon impossible, du moins l'absolue rareté. M. Journeault considère cette conclusion comme beaucoup trop rigoriste et se montre au contraire partisan convaincu de la réinfection. Malheureusement il n'apporte aucun fait nouveau et les observations citées sont celles qui ont déjà figuré dans les travaux déjà publiés sur cette question. La plupart de ces cas sont faits évidemment pour entraîner la conviction, mais celle-ci se fait dans un sens ou dans l'autre suivant l'interprétation (pseudo-chancre induré de récidive ou nouveau chancre) qu'on en donne. La question reste toujours ouverte.

Henri Feulard.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Absorption cutanée. — Sobieranski. Expériences sur le pouvoir absorbant de la peau. (*Pam. Tow. Lek. Warsch.*, LXXXX.)

Pour étudier cette question l'auteur faisait à des lapins et à des chiens, chaque jour, des frictions avec de la vaseline pendant plusieurs semaines, cinq minutes par jour. Ensuite il sacrifiait les animaux, et faisait des extraits éthérés, 1) des muscles, 2) du foie, 3) du cœur, du poumon et des intestins. Ces extraits saponifiés puis bouillis, laissaient éliminer des petites boules de graisse qui n'étaient autres que de la vaseline pure et absolument identique à celle qu'on avait employée pour les frictions. M. Soubieranski considère ainsi comme absolument démontré que la vaseline employée en frictions pénètre dans les organes. La différence entre la quantité dépensée en frictions et celle obtenue par les extraits est probablement transformée par l'économie. S. Broïdo.

Acné. — Jamieson. Acné. (*The Bristish Journal of Dermatology*, janvier 1894, p. 10.)

L'auteur consacre la plus grande partie de son article au traitement de l'acné ; il insiste, comme nous le verrons, sur l'utilité d'un traitement interne, d'un régime, d'une hygiène spéciale, mais le traitement local doit être considéré comme la partie la plus importante.

Il faut rechercher, dit-il, les comédons et avec une clé ou un extracteur spécial retirer le plus possible de substance sébacée, cela diminuera la quantité de graisse de la peau et permettra aux agents médicamenteux de pénétrer plus avant dans l'intérieur des glandes sébacées. En tous cas, la pression doit être légère pour éviter la meurtrissure de la peau ; on pourra, dans le même but, emplover la douche, la pulvérisation ou le bain avec de l'eau très chaude, après la pression des comédons. Puis il faudra savonner avec le savon de potasse ou le savon à excès de graisse, au soufre, à la résorcine ou à l'acide salicylique. Les papules qui apparaissent doivent être badigeonnées avec une solution contenant une partie d'ichtyol et quatre d'eau distillée. Les pustules déjà formées doivent être, comme le recommande Walter Smith, enduites chacune séparément avec de l'acide phénique pur et immédiatement après d'une couche de collodion flexible ; dans le cas de pustules plus larges, on peut faire avorter, en recouvrant avec un morceau de l'emplâtre mousseline caoutchouté de Unna, au mercure et à l'acide phénique.

En dehors de ces petits pansements isolés, il faut faire des lotions principalement soufrées ; l'auteur recommande la solution suivante :

Sulfure de potassium	8	gr.
Sulfate de zinc	8	—
Glycérine	8	—
Esprit-de-vin rectifié	16	—
Eau distillée	128	—

Cette lotion est appliquée la nuit, le lendemain matin le soufre est retiré avec de l'eau tiède, puis on poudre avec une poudre composée à l'acide borique, l'oxyde de zinc et le talc.

Lorsque les éléments acnéiques forment de véritables abcès, ils doivent être ouverts antiseptiquement avec un couteau fin, puis recouverts de l'emplâtre mousseline de Unna salicylé 15 p. 100, créosoté 30 p. 100. Ces emplâtres sont retirés deux fois par jour ; à chaque pansement on lave la peau au savon de potasse à l'excès de graisse et à l'eau chaude ; après avoir bien fait sécher, on applique de nouveau l'emplâtre. Dès que la peau est devenue douloureuse, ou lorsque les pustules se sont affaissées et que les téguments sont d'un rouge uniforme, on applique un emplâtre mousseline Unna (au zinc et à l'ichtyol). Dès que l'épiderme s'est reformé on emploie les lotions soufrées, puis la poudre.

Le traitement interne a une grande importance ; il faut examiner le malade complètement et combattre tous les troubles que l'on a constatés. Les laxatifs sont fort utiles, le fer, le sulfate de magnésie, l'acide sulfurique, le sirop de gingembre peuvent être conseillés. L'ichthyol a une grande valeur dans toutes les variétés d'acné, prescrit deux fois par jour en capsules contenant de trois à cinq gouttes. Les repas doivent être réguliers, non trop copieux ; il serait utile de faire boire de l'eau entre les repas. Pas de liquides, ni de nourriture lourde dans la soirée ; il faut éviter d'exposer la peau à la chaleur et aux intempéries. Le bain froid du matin avec addition d'un peu de sel, est d'excellente coutume. L'exercice, surtout le cheval, est particulièrement recommandé. LOUIS WICKHAM.

Angiokératome. — JOSEPH. Das Angiokeratom. (*Dermatologische Zeitschrift*, 1894, t. I, p. 16.)

L'auteur a eu dans ces derniers temps l'occasion d'observer 6 cas de cette affection. Les caractères cliniques ont été à peu près complètement conformes à la description de Mibelli. L'angiokératome est une dermatose à forme chronique, affectant principalement les mains et les pieds, les premières en général à un degré plus prononcé que les derniers. Les éruptions sont beaucoup plus accusées sur les faces dorsales que sur les faces palmaires. Pendant des années les malades ont des engelures revenant chaque hiver. D'ordinaire dans les mois les plus froids, le malade remarque sur ses mains quelques petites taches rouge rose, stade maculeux. Elles surviennent toujours en grand nombre et on peut voir alors dans la profondeur de ces taches, un point rouge pourpre de la dimension d'une pointe d'épingle.

Au bout d'un certain temps on remarque que sur ces extravasats la peau se ride, se dessèche, devient plus épaisse. Elle s'élève de plus en plus au-dessus du niveau des parties voisines, sous forme d'une verrue

ordinaire, dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. C'est l'efflorescence typique qu'on désigne sous le nom d'angiokératome. Son sommet est en général si transparent qu'on peut voir nettement au fond les petits points sanguins, ceux-ci ne sont plus si délimités qu'au début et deviennent en grande partie confluents.

Les extravasats représentent donc la phase préliminaire des angiokératomes proprement dits et les deux variétés existent d'ordinaire longtemps en grand nombre l'une à côté de l'autre. Les extravasats les plus récents sont isolés, plus tard il y a confluence de plusieurs d'entre eux et l'épiderme qui les recouvre s'épaissit. Les angiokératomes sont en général isolés, parfois ils se réunissent, forment des tumeurs proéminentes, recouvertes alors d'un épiderme très épais, dur, rugueux.

L'auteur a examiné au microscope un grand nombre de ces tumeurs et il a constaté que sur les points importants ses observations concordent avec celles de Mibelli et de Pringle. Comme ce dernier auteur, et contrairement à Mibelli, il n'a trouvé nulle part les espaces lymphatiques dilatés, ce qui peut servir pour le diagnostic différentiel entre l'angiokératome et le lymphangiome (Török).

Dans tous les cas observés jusqu'à présent, les engelures ont précédé pendant plusieurs années le développement des angiokératomes. Aussi est-il difficile de ne pas songer à une relation causale entre les deux affections. On doit toutefois admettre que les engelures antérieures ne sont pas le seul facteur étiologique. En effet, si les angiokératomes ne surviennent jamais sans engelures préalables, il y a d'autre part beaucoup d'individus qui ont des engelures tous les hivers et n'ont jamais d'angiokératomes.

Comme traitement, Joseph a employé la cautérisation à l'aide de l'appareil d'Unna modifié par Buzzi. Quant aux gros angiokératomes verruqueux, il les a excisés avec des ciseaux. A. Doyon.

Action du piksol. — Dounalski. L'emploi du piksol dans le traitement des affections cutanées et vénériennes. (*Journal de méd. milit.*, 1894.)

Dans l'eczéma très rebelle et l'érythème un badigeonnage de la région malade avec une solution de piksol (goudron de pin soluble dans l'eau) à 10-15 p. 100, répété deux à trois fois par jour, amenait la suppression du prurit au bout de quelques heures, de la rougeur et de l'infiltration après trois à quatre jours ; la guérison complète était obtenue au bout de quatre à cinq jours.

Même succès dans le traitement des irritations provoquées par les frictions mercurielles, des éruptions dues à l'application trop énergique de l'huile de croton.

Trois semaines de ce traitement ont amené la chute des squames même les plus épaisses dans le psoriasis (le traitement n'a pas été continué par suite de départ du malade). Des chancres simples rebelles qui n'ont pas cédé à trois semaines de traitement par le sublimé et l'iodoforme, furent améliorés au bout de cinq jours et complètement guéris après trois semaines de badigeonnage avec le piksol.

Enfin deux fois l'auteur a obtenu les mêmes résultats favorables dans le traitement de bubons ouverts qui n'avaient pas de tendance à se cicatriser.

Si de grands territoires de peau sont atteints, on ne doit pas badigeonner toute la surface à chaque séance, mais par parties seulement.

S. Broïdo.

Atrophie symétrique de la peau. — Zinsser. Ein Fall von symetrischer Atrophie der Haut. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1894, t. XXVIII, p. 345.)

Ce cas concerne une fillette de 12 ans, un peu anémique, mais d'ailleurs bien portante, qui, depuis cinq à six ans, présente les lésions suivantes des mains et des pieds. Sur la face dorsale des deux mains, depuis environ un centimètre au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à la pointe des doigts, la peau est légèrement amincie et présente de nombreuses taches blanches, atrophiques, confluentes, d'environ la dimension d'une lentille de forme irrégulière, dépourvues de pigment.

La peau environnante est un peu plus fortement pigmentée qu'à l'état normal et entoure les îlots atrophiés d'un réseau brun qui fait un contraste frappant avec les taches. En quelques points, particulièrement sur les premières phalanges, les foyers atrophiés sont confluents. Les taches atrophiques sont presque complètement lisses, çà et là, un peu plissées et dépourvues de sillons normaux de la peau ; ces sillons sont aussi plus rares sur les parties foncées, mais par contre, ils sont plus profonds et plus accusés. En certains points, la peau avec des plaques brillantes, rondes ou ovales, limitées par des sillons profonds, ressemble à une peau de requin.

Les poils lanugineux sont très rares, même sur les parties saines ; pas de poils sur les taches atrophiques.

Les ongles sont minces et fragiles ; nombreux sillons longitudinaux ; pas de lunules.

La peau de la face palmaire est épaissie, calleuse ; les sillons sont effacés ; ni atrophie cicatricielle, ni pigmentation.

Tout le territoire de l'affection présente une légère desquamation.

Pas de trouble distinct de la sensibilité ; toutefois, de très légers attouchements avec un pinceau ne sont pas perçus aussi nettement sur les taches atrophiques qu'ailleurs. Pas d'atrophie musculaire.

La face dorsale des pieds est le siège d'altérations analogues, seulement plus accusées. Les plaques d'atrophie cicatricielle sont plus étendues que celles des mains, nettement déprimées et se relient en un réseau qui entoure des îlots plus ou moins grands, arrondis, un peu saillants et à pigmentation brun clair. Les sillons normaux sont plus rares, les follicules et poils lanugineux manquent.

Les ongles des orteils sont épaissis, opaques, avec stries longitudinales.

A la face plantaire, légère desquamation et épaississement insignifiant.

La sensibilité des pieds est intacte, même sur les plaques atrophiques.

Nulle part d'inflammation aiguë ou chronique, ni infiltration, ni rougeur.

La sécrétion sudorale, au dire de la malade, est normale. Une injection de 0,01 de pilocarpine n'a déterminé sur tout le corps qu'une très légère diaphorèse ; transpiration sensible sur la paume des mains et la plante des pieds. Les parties affectées des faces dorsales sont devenues humides, mais on n'a pas constaté la présence de gouttes de sueur sur les grands foyers atrophiques.

La mère de l'enfant affirme, d'une façon formelle, que les pieds et les mains étaient complètement normaux dans les premières années de la vie.

Dans la famille, ni maladies de la peau, ni d'affections nerveuses.

Il a été impossible de faire l'excision d'un fragment de peau pour l'examen microscopique. Selon l'auteur, il s'agit dans ce cas d'une simple atrophie superficielle, avec amincissement du derme et de l'épiderme, et peut-être d'une diminution des fibres élastiques. Le tissu graisseux souscutané paraît être resté en dehors du processus.

L'auteur passe ensuite en revue les cas plus ou moins analogues qui existent dans la science et dont l'étude permet d'expliquer la nature de la maladie. Dans le cas actuel, la localisation tend à faire admettre l'origine nerveuse des lésions. Une répartition aussi régulière de foyers atrophiques sur les extrémités terminales de tous les membres ne peut s'expliquer que par une cause centrale et comme les atrophies circonscrites superficielles ne peuvent être la suite d'un afflux insuffisant du sang, on ne saurait chercher cette cause que dans le système nerveux.

L'hypothèse d'un trouble central dans la sphère des voies trophiques paraît être l'explication la plus naturelle de ce tableau morbide spécial.

A. Doyon.

Diagnostic des maladies de la peau. — Lichatscheff. De l'application du diascope d'Unna dans le diagnostic des maladies de la peau. (*Société de Dermatologie et de Vénéréologie de Moscou*, séance du 11 mars 1894.)

Après une courte description de l'appareil et après avoir rappelé l'opinion d'Unna sur la cause de la coloration de la peau saine, l'auteur rapporte les résultats de ses observations, faites dans le service du professeur Pospeloff, pour vérifier les indications d'Unna à l'emploi du diascope.

1) *Détermination de la différence entre un granulome et d'autres inflammations superficielles de la peau.* Jamais l'auteur n'a trouvé que les nodules jaunes brunâtres, transparents du lupus tranchent sur la couleur jaune clair, des tissus qui les entourent. Il croit que c'est l'hyperhémie veineuse chronique qui se développe au cours du lupus, qui empêche cette distinction. Pour distinguer le lupus d'une papule eczémateuse, il vaut mieux essayer d'enfoncer le nodule lupique dans le tissu réticulaire friable qui l'entoure. Si le diagnostic est incertain entre le lupus et le psoriasis, il est préférable de détacher une squame par le grattage ; s'il se fait alors une hémorrhagie ponctiforme il s'agit de psoriasis. Quant à reconnaître le lupus d'une gomme syphilitique, Unna lui-même ne l'a pu faire par le diascope.

2) *Différenciation entre l'infiltration cellulaire et la pigmentation vraie.*

D'après Unna, la coloration d'une vraie tache pigmentaire devient plus nette et une tache pseudo-pigmentée devient au diascope plus claire. L'auteur a observé le même éclaircissement au niveau du cercle péripapillaire qui n'est cependant pas un granulome. Parmi les taches érectiles les unes pâlissent, les autres restent sans changer de coloration, Même inconstance des résultats avec les syphilides. Aussi M. Lichatscheff préfère-t-il de faire cette distinction entre les pigmentations et les granulomes non encore résorbés à l'aide du microscope ou par l'étude clinique.

3) La *différence entre l'hyperhémie et l'hémorrhagie* est plus facile à reconnaître à l'aide du diascope, cependant l'auteur ne trouve pas que le résultat soit sûr et certain.

4) Dans la *distinction entre l'ectasie capillaire et des gros vaisseaux* la rougeur par suite de la dilatation capillaire disparaît sous la pression du diascope plus vite que la rougeur due à la dilatation des grosses veines.

5) *Différence entre l'œdème simple et l'infiltration cellulaire.* Il est souvent difficile de distinguer l'éruption première, et sa netteté est proportionnelle à l'étendue de l'œdème, tandis que Unna dit que par suite de suppression des transsudations vaso-motrices cette éruption est au diascope plus nette, et dans l'œdème on n'observe pas la tache jaune qu'on voit en cas d'infiltration par les cellules.

6) *Différences entre l'œdème de la peau et les vésicules épithéliales.* Ces vésicules se présentent au diascope sous forme cercles grisâtres ou bleu pâle translucides. Mais Unna trouve lui-même que la différence est facile à l'œil nu; et si le cas n'est pas typique le diascope est sans aucune utilité.

7) *Mensuration des papules.* L'auteur la trouve plus facile à faire par le compas.

En résumé M. Lichatscheff, trouve que le champ d'application du diascope est très limité. S. Broïdo.

Érythème. — Radcliffe Crocker et Campbell Williams. Erythema elevatum diutinum. (*The British Journal of dermatology*, janvier, février 1894).

Les auteurs réunissent plusieurs faits sous une dénomination nouvelle qui paraît avoir été acceptée dans la suite par un certain nombre d'auteurs anglais. Aussi résumerons-nous ce travail sans commentaires tout en appelant l'attention sur la ressemblance qui existe entre la maladie de Crocker et certains faits de chéloïdes primitives multiples connus.

Amy H..., petite fille âgée de 6 ans, vue pour la première fois en octobre 1893; longue histoire de goutte et de rhumatisme du côté de la mère et de la grand'mère maternelle, le grand-père maternel, l'oncle et la tante étaient aussi goutteux et rhumatisants.

L'enfant en question a toujours joui d'une excellente santé; début il y a cinq mois, de la maladie de la peau sur les deux genoux, puis apparition des lésions aux épaules et enfin aux mains.

Main gauche: les lésions siègent au pouce, à l'index et au médius.

Main droite: mêmes lésions, excepté sur le pouce qui est indemne. La

lésion située sur l'index de la main droite peut être prise pour type, elle est surélevée d'un huitième de pouce, convexe, nettement délimitée, d'un rouge pâle, présentant quelques dilatations vasculaires à sa surface, devenant un peu blanchâtre à la pression, sans diminuer sensiblement de volume ; dure au toucher mais très sensible, d'ailleurs il n'existe de sensation douloureuse qu'à la pression ; ni prurit, ni sensation de brûlure. Quelques éléments aux épaules présentaient une teinte brunâtre en même temps qu'une tendance à rétrocéder, en d'autres points la rétrocession était plus nette encore. Traitement par l'arsenic.

Le 1er décembre on fit la biopsie d'un de ces éléments ; le 18 décembre grande amélioration, tous les points épaissis sont en rétrocession. Il est difficile de savoir si cette amélioration est survenue spontanément ou du fait de l'arsenic.

L'auteur a pu réunir plusieurs cas analogues, qui l'ont conduit à établir une entité clinique ; les recherches qu'il a faites dans la littérature lui ont permis de retrouver des cas assez voisins. Au Musée de l'hôpital Saint-Louis le moulage 1599 appartenant à M. Quinquaud, dénommé « fibromes multiples nodulaires des extrémités, histologiquement fibromes fasciculés » est pour lui un cas très net de la maladie qu'il décrit. Bury a aussi décrit un cas absolument analogue. D'autre part, parmi les publications de M. Hutchinson se trouvent quatre observations qu'on pourrait au premier abord confondre avec l'Erythema elevatum diutinum, mais que jusqu'à nouvel ordre il faut tenir à part, en raison des caractères diagnostics suivants.

Type Bury-Crocker. Tous les malades étaient du sexe féminin et tous jeunes. Goutte ou rhumatisme dans les antécédents personnels ou héréditaires ; éléments éruptifs situés au niveau des articulations et sur les surfaces palmaires ; éléments nodulaires à leur naissance se réunissant par confluence tout en conservant leur caractère nodulaire ; coloration érythémateuse au début, mais devenant purpurique ; quelques éléments très persistants, d'autres rétrocédants, jamais d'extension à une grande surface. A la pression, sensation de tissu très dur et décoloration légère.

Type Hutchinson. Tous les sujets sont des hommes âgés, très goutteux ; les éléments éruptifs n'ont pas de localisation spéciale. Au début, nodules aplatis, plus tard confluents, en perdant alors leur caractère de nodules ; coloration violacée dès le début ; lésion persistant pendant toute la vie et s'étendant sur de larges surfaces ; la surélévation est surtout due à de l'œdème et peut être presque entièrement réduite par une pression continue.

Au point de vue histologique, M. Crocker ne peut conclure de ses examens à une pathogénie bien nette. Il s'agit surtout de tissus fibreux, d'une structure assez voisine de celle de la chéloïdine, et la dénomination de cette maladie adoptée par l'auteur est justifiée, dit-il, simplement par les caractères cliniques qui sont ceux d'une lésion érythémateuse surélevée et persistante.

Malgré ces divers caractères l'auteur croit qu'on ne peut encore assigner une place exacte à cette affection dans la classification des dermatoses.

LOUIS WICKHAM.

Érythème acro-asphyxique. — Ch. Audry. De l'érythème et des chromoblastoses acro-asphyxiques. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 5 mai 1894, p. 211.)

M. Audry rapporte l'observation d'un homme de 27 ans n'ayant jamais été atteint d'engelures en hiver, qui présenta à plusieurs reprises, au printemps et en automne, des lésions des mains et des pieds caractérisées par une asphyxie locale avec algidité et coloration violacée se rapprochant du vermillon et des saillies œdémateuses circonscrites, violacées avec léger soulèvement épidermique ou avec bulles volumineuses laissant après elles des ulcérations circulaires plus ou moins étendues; en outre, on voyait sur les mains des traces gaufrées tout à fait semblables à celles que laissent des engelures ulcérées, et, sur la face dorsale des doigts et sur les oreilles, des taches variant du brun foncé au brun clair, de forme irrégulière, semées sans ordre, les plus larges dépassant l'étendue d'une tête d'épingle.

L'auteur ne croit pas qu'on puisse ranger dans l'érythème polymorphe ce fait auquel il donne le nom d'érythème acro-asphyxique sans s'expliquer davantage sur son étiologie.

Il fait remarquer à ce propos la fréquence des taches pigmentaires analogues à celles relevées dans son observation, sur les mains des sujets atteints d'engelures, taches très différentes des éphélides; il considère ces taches comme dues à des troubles de la circulation périphérique, comme un des petits accidents de l'acro-asphyxie et rappelle que l'angio-kératome, avec lequel il les a vues coïncider, est également une conséquence des lésions asphyxiques des extrémités, d'ordre uniquement vasculaire au moins au début, favorisée probablement par une malformation congénitale du système vasculaire. Georges Thibierge.

Favus. — Tsitrine. Traitement du favus. (*Rous. Med.*, 1894, n° 28, p. 437.)

L'auteur recommande vivement la pommade qu'il emploie contre le favus. Cette pommade, dont il n'a trouvé la formule dans aucun des traités, a été préconisée par Pirogoff (dans la Russie méridionale, elle est connue sous le nom de pommade de Pirogoff contre le favus); la formule est la suivante :

Carbonate de potassium		8 gr.
Fleur de soufre		30 —
Teinture d'iode	ââ	100 —
Goudron distillé		
Axonge		200 —

Le soufre et le goudron employés isolément ou ensemble, mais non dans cette combinaison, n'ont jamais une action aussi énergique. Mais c'est surtout aux autres parties constituantes, que la pommade en question doit son action, car elle répond aux deux indications principales de tout traitement antifavique : elle irrite le cuir chevelu et les gaines des poils,

en même temps elle tue les champignons qui ont pénétré dans les follicules. Mais le principal avantage de la pommade de Pirogoff, c'est qu'elle évite la peine de faire l'épilation, grâce à l'iode qu'elle contient et dont le contact avec les cheveux les fait tomber. Disons enfin que la réaction produite par la pommade est modérée, que son application ne donne lieu à aucune complication fâcheuse du côté de la peau et n'est nullement douloureuse. Voici comment M. Tsitrine employait ce médicament : une compresse recouverte d'une couche de cette pommade, était appliquée sur la partie atteinte (préablement rasée). Au bout de vingt-quatre heures, les croûtes ramollies étaient enlevées par une spatule, et avant d'appliquer une nouvelle compresse avec de la pommade, la pommade restée sur le cuir chevelu était enlevée avec de l'eau de savon. Ces applications, renouvelées toutes les 24 heures, étaient faites jusqu'à l'apparition de la desquamation. Lorsque celle-ci était terminée, l'auteur, pour faire disparaître la rougeur et les phénomènes inflammatoires, employait une pommade à l'oxyde de zinc, l'amidon et l'acide salicylique. Dans tous les cas où l'auteur a eu recours à ce traitement, le succès avait été rapide et complet; la durée du traitement était de neuf à trente-quatre jours, en moyenne dix-huit.

Une autre question soulevée par l'auteur, est de savoir si les individus atteints de favus, mais qui en dehors de tout cela sont absolument bien portants, doivent toujours être réformés, ainsi que le demandent les règlements. Il résout cette question dans le sens négatif, puisque l'affection est curable, et conclut avec le professeur Polotebnoff « qu'aucun individu ayant du favus ne doit être exempt du service militaire s'il n'a pas d'autres maladies ». Il est vrai que le favus est considéré comme une affection contagieuse, mais puisque sa guérison ne demande, avec l'emploi de la pommade de Pirogoff, que trente-quatre jours au maximum, on n'a qu'à isoler le malade pendant ce temps-là. S. Broïdo.

Ichtyose. — Giovannini. Di un caso d'ittiosi con ipertrofia delle glandole sudorifere. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, décembre 1893, p. 653.)

Giovannini rapporte avec détails l'observation clinique avec examen histologique d'un cas d'ichtyose observé chez une fillette de 13 ans. Les lésions étaient surtout prononcées à la paume des mains et à la plante des pieds où l'épiderme présentait une épaisseur considérable, atteignant 2 à 3 centimètres à la partie moyenne de la plante des pieds, 1 centimètre aux éminences thénar et hypothénar ; l'épaississement épidermique s'étendait jusqu'au pourtour des ongles des doigts et des orteils ; les portions épaissies étaient parcourues en tous sens par des fissures circonscrivant des îlots cornés d'aspect et de forme variable.

Sur le reste du corps, les lésions étaient moins prononcées, présentaient l'aspect de l'ichtyose cornée, formant de minces excroissances, semblables à des épines, très rapprochées les unes des autres ; sur les parties supérieures du thorax, au cou et à la tête, les lésions étaient moins accusées, la peau était parsemée de saillies qui lui donnaient l'apparence

de l'ichtyose ansérine ; ces saillies, de forme conique et hémisphérique, étaient plus marquées dans les grands plis cutanés ; leur diamètre atteignait au maximum celui d'un grain de mil ; les plus volumineuses, qui mesuraient 4 millimètres de hauteur au plus, s'observaient au creux poplité, aux aisselles et au cou, les plus petites sur le front, les joues et les paupières ; leur coloration variait de celle de la peau normale au rouge obscur bleuâtre par places. Les lésions ne respectaient que le pavillon des oreilles et quelques points correspondant à des cicatrices. L'alopécie était presque complète sur toute la surface du corps.

Ces lésions étaient déjà évidentes au moment de la naissance et sont devenues plus prononcées à mesure que l'enfant a grandi.

Il n'y avait de lésions analogues chez aucun autre membre de la famille de l'enfant.

A l'examen histologique, on constatait que les productions épidermiques correspondaient aux orifices des glandes sudoripares qui étaient hypertrophiées ; on trouvait des figures de karyokinèse dans les cellules épithéliales de leurs conduits excréteurs. Nous ne pouvons, malgré leur intérêt, donner le détail complet des lésions de ces glandes et des lésions des ongles constatées par Giovannini.

En terminant, nous ferons remarquer que cette observation présente de nombreuses analogies avec un cas d'ichtyose dont nous avons publié précédemment la relation (*Annales de dermatologie*, 1892, p. 77) et dans lequel nous n'avons malheureusement pas pu pratiquer l'examen histologique. GEORGES THIBIERGE.

Impétigo herpétiforme. — DAUBER. Ueber Impetigo herpetiformis. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. XXVIII, p. 265.)

L'auteur décrit dans ce travail les résultats de l'autopsie d'un cas d'impétigo herpétiforme qui a déjà été l'objet d'une communication détaillée au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic de la part de du Mesnil et Marx et une seconde fois de celle de du Mesnil.

Ce qui l'engage à publier de nouveau ce cas, c'est d'une part que du Mesnil l'a indiqué comme guéri et qu'il pourrait être rangé par erreur parmi ceux définitivement guéris et de l'autre, il pense, que, pour une maladie dont l'étiologie est aussi obscure, il importe de réunir toutes les données fournies par les autopsies afin de pouvoir poser des conclusions à peu près vraisemblables par l'étude critique de tous les symptômes observés pendant la marche de la maladie.

Voici tout d'abord l'évolution clinique de la dernière récidive postérieure aux travaux de du Mesnil :

Les règles revinrent encore trois fois sans s'accompagner de nouvelles poussées. En janvier 1892, récidive de l'ancienne affection qui s'aggrave au point que la malade dut entrer à l'hôpital pour la quatrième fois. Le traitement consista en bains continus, ergotine, pommades iodées, etc. Rien d'anormal dans l'urine. Parfois il y avait régression de l'exanthème et à part quelques élevures en plaques dans le creux des aisselles, les plis inguinaux, à la vulve et dans les plis de l'anus et quelques petites ulcéra-

tions de la muqueuse buccale, on ne voyait rien qu'une pigmentation maculeuse foncée de tout le corps. Les règles n'étaient jamais revenues sans qu'il y eût une grossesse. Par moments tout le corps était recouvert de pustules, en quelques points seulement, élevures condylomateuses.

Dans les derniers mois il se développa une tuberculose floride des poumons avec pleurésie du côté droit à laquelle s'ajouta, un mois plus tard, une tuberculose du larynx. Au fur et à mesure de la diminution des forces il y eut régression de l'exanthème, de telle sorte qu'au moment de la mort il ne restait de l'impétigo herpétiforme que les pigmentations et quelques ulcères sur la muqueuse buccale et les commissures labiales.

Le pus des pustules ensemencé a donné des cultures pures de staphylocoque doré.

L'examen microscopique de coupes de la peau montra les mêmes lésions que celles déjà décrites par du Mesnil : infiltration assez accusée de petites cellules, s'étendant aux papilles et nettement limitée en bas dans la couche supérieure du derme par une ligne droite. Les vaisseaux présentaient en général une infiltration assez forte de la tunique adventice. Au voisinage des glandes sudoripares, infiltration de cellules en proportion beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. L'examen du système nerveux central et périphérique a été entièrement négatif.

Quant à l'étiologie, qui est le point le plus intéressant dans l'étude de l'impétigo herpétiforme, l'auteur croit qu'il faut la chercher dans des influences toxiques, peut-être de nature spécifique. Il verrait donc dans l'impétigo herpétiforme une maladie infectieuse ou chronique, ainsi les lésions observées s'expliquent beaucoup plus naturellement que par l'hypothèse d'une dermatose neuro-réflexe, comme Kaposi tend à l'admettre aujourd'hui. Cette hypothèse n'a pour elle que sa coïncidence très fréquente, il est vrai, avec la grossesse. Dauber regarderait plutôt la grossesse, comme un facteur prédisposant, en ce sens qu'elle diminue le pouvoir de résistance de l'organisme vis-à-vis du virus immigrant ou déjà introduit. Il s'explique aussi de cette façon, dans le cas actuel, la coïncidence des récidives avec les grossesses intercurrentes, après que le premier accès est survenu à une époque où les parties génitales étaient saines et où il n'y avait pas de grossesse. A. Doyon.

Iodisme. — Szadek. Des éruptions iodiques. (*Przeglad lekarski*, 1893, nos 30, 32, 33, 34.)

L'auteur a observé un grand nombre de ces éruptions ; il en distingue cinq groupes.

a) Éruption maculeuse ou érythémateuse : tantôt ce sont des taches isolées ou confluentes, variables comme forme et étendue ; tantôt ce sont des macules. Cette éruption est de courte durée et siège au cou, à la poitrine, à la face et aux membres supérieurs (surtout aux avant-bras).

b) Éruption papulo-pustuleuse au tronc, à la face et aux membres.

c) Pemphigus iodique ; le contenu des vésicules est séreux, purulent ou mêlé de sang.

d) Infiltration et nodosités rappelant l'érythème noueux. Souvent elles

se résorbent ; mais elles peuvent aussi s'abcéder ou se transformer en excroissances papillaires ; leur ulcération est très rare.

e) Éruption hémorrhagique soit isolée, siégeant aux membres sous forme de petites taches rouge violet, soit mêlée aux autres éruptions.

L'éruption iodique s'accompagne rarement de fièvre et d'état général grave ; cependant quelquefois l'éruption papuleuse peut amener un épuisement considérable.

Quant au traitement, si l'interruption de l'iodure ne suffit pas, il faut avoir recours au traitement local, surtout à l'emplâtre mercuriel pour les excroissances et les infiltrations. S. Broïdo.

Langue noire. — J. Sendziak. Étiologie de la langue noire. (*Przeglad chirurgiczny*, 1894, fasc. IV, p. 88.)

Ciaglinski et Hewelke (de Varsovie) ont décrit, dans un travail publié à ce sujet, deux formes de nigritie de la langue : une, chronique, qu'on peut considérer comme une hyperkératose ; l'autre, aiguë, serait due à un champignon spécial que ces auteurs ont réussi à cultiver et auquel ils ont donné le nom de *mucor niger* (variété du mucor rhizo-podoformé).

M. Sendziak a eu l'occasion de faire l'examen bactériologique dans deux cas de nigritie et est arrivé aux mêmes résultats que ces auteurs.

Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 66 ans, présentant, depuis un an, à la face dorsale de la langue, au voisinage des papilles caliciformes, une tache triangulaire couverte de poils d'un brun foncé et même noirs par places, elle est complètement indolore. L'auteur a enlevé, à l'aide d'une curette, un segment de l'excroissance (avec des poils) et l'a examiné au point de vue bactériologique. Il y constata des filaments de penicillum. M. Sendziak a ensuite cultivé un penicillum sur un mélange de pain et de 10 p. 100 de gélatine à 15°. Ce penicillum était tout à fait analogue au mucor niger de Ciaglinski et Hewelke et se présentait sous forme de filaments gris, courts, terminés par des renflements noirs.

Le deuxième cas a été observé chez un homme de 39 ans, atteint de myélite, la nigritie ne datait ici que de trois mois, ici également l'auteur a pu faire l'examen bactériologique ; de plus, l'examen histologique de la langue (après la mort du sujet) ne démontra pas l'existence d'une hyperkératose.

M. Sendziak admet donc l'origine parasitaire dans les deux formes, aiguë et chronique, et considère l'hypertrophie de l'épithélium des papilles filiformes comme un processus secondaire et inconstant ; il propose de donner à cette affection le nom de nigritiès mucorina linguæ.

S. Broïdo.

Lupus. — M. Ceci. Lupo tubercolare e sua cura locale. (*Il Morgagni*, janvier 1894, p. 31.)

Travail fait à la clinique du professeur Campana. L'auteur rapporte 26 observations de lupiques.

Il divise de la façon suivante les traitements locaux du lupus : traite-

ments destructifs, traitements préventifs, modificateurs locaux et généraux.

Il recommande spécialement les applications de chrysarobine, dans toutes les formes de lupus non ulcérés et surtout dans les lupus peu étendus, les caustiques dans les lupus peu étendus, et surtout comme moyen de compléter le traitememt par le raclage, les cautérisations ignées dans les lupus hypertrophiques, les greffes dans les lésions limitées; dans les cas où le lupus est très limité et siège sur les parties où la peau est très mobile, la méthode de Caselli (pincement avec la pince de Klemer et excision en dehors de ses branches) a l'avantage de permettre d'enlever la lésion tout entière sans laisser échapper une seule goutte de liquide renfermant des germes infectieux; elle est applicable dans les formes de lupus très limitées et près de leur début ; la lymphe de Koch, qui produit comme la chrysarobine une inflammation aiguë se substituant à l'inflammation chronique, peut être associée aux traitements précédents, elle peut leur préparer le terrain en réduisant les lésions à leur minimum, ce qui rend plus facile leur ablation complète. GEORGES THIBIERGE.

Maladie de Morvan. — LECLERC et CHAPUIS. A propos d'un cas de maladie de Morvan. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 23 décembre 1893, p. 610 et 6 janvier 1894, p. 5.)

Les auteurs rapportent avec détails l'observation d'un homme de 46 ans, emballeur de soies, originaire de Lyon, n'ayant jamais quitté cette ville sauf pendant la campagne de 1870-1871 et ayant la maladie de Morvan ; l'affection a débuté en 1879 par un panaris du pouce droit avec nécrose de la phalangette, précédé pendant un an de douleurs dans tout le membre supérieur ; ultérieurement, troubles des diverses sensibilités au niveau des deux membres supérieurs, surtout accusés à droite, hyperhidrose des deux mains, nombreuses crevasses profondes et indolentes aux mains, panaris avec nécrose du petit doigt et de l'annulaire de la main droite, phlegmon des gaines des fléchisseurs de la main gauche sans panaris, atrophie des muscles des mains et des avant-bras, cypho-scoliose cervico-dorsale, à concavité droite, diminution du champ visuel surtout en dehors; en outre le malade est albuminurique et glycosurique.

Les auteurs font remarquer que la maladie de Morvan est un syndrome relevant de causes diverses, mais ne discutent pas la lésion à incriminer dans leur observation. GEORGES THIBIERGE.

Ongles: anatomie — G. SPERINO. Sulla disposizione del tessuto elastico nel letto ungueale. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, décembre 1894, p. 639.)

Sperino a étudié par la méthode de Unna-Taenzer la disposition du tissu élastique dans le tissu de l'ongle du pouce d'une négresse adulte.

Il a constaté la grande richesse de cette région en fibres élastiques. Suivant le type indiqué comme fréquent par Zenthoefer, il a trouvé à la pulpe du pouce un réseau de fibres élastiques sus-jacent à l'aponévrose,

formant de larges mailles qui se continuent inférieurement avec les autres réseaux élastiques contenus soit dans l'épaisseur, soit au-dessous de l'aponévrose. En haut, ce réseau donne des fibres qui sont en quelque sorte l'origine du système élastique cutané, se portent vers la surface et la contournent sans jamais pénétrer les lobules adipeux. Arrivés à la portion réticulaire du derme, ces faisceaux, assez réduits dans leurs dimensions, se résolvent en un réseau à mailles étroites d'où partent d'autres fibres qui se dirigent vers la portion papillaire en y formant un réseau sous-épithélial qui suit les ondulations papillaires et fournit de minces filaments à la dernière couche de cellules épidermiques sans jamais les pénétrer. Cette disposition est celle que l'on observe dans les points où la peau est peu mobile sur les parties sous-jacentes.

Quoiqu'il semble devoir en être de même au niveau du lit unguéal, la disposition des fibres élastiques se rapproche à ce niveau de celle qu'on observe dans les points où la peau est très mobile et où on trouve le tissu sous-cutané très pauvre en fibres élastiques, le réseau sous-épithélial peu prononcé et le réseau de la portion réticulaire du derme très développé avec des fibres pour la plupart parallèles à la surface de la peau.

Dans la portion du lit unguéal la plus voisine de la racine et correspondant à la lunule, on trouve de rares faisceaux de très fines fibrilles élastiques provenant des parties postérieures et semblant se résoudre en pinceaux dans cette région ; d'autres fibres, également minces, s'entrecroisent en formant un étroit réseau à larges mailles visible seulement sur les préparations les mieux réussies. Au contraire, dans les portions que l'on peut appeler sous-épidermiques de cette région, on trouve un réseau à mailles assez étroites, formé de fines fibrilles qui se contournent les unes vers les autres et forment sur les préparations colorées une sorte de liséré noir. La rareté et le faible développement des papilles en ce point ne permettent pas d'y reconnaître les prolongements papillaires du réseau sous-épithélial que l'on trouve dans les régions de la peau où les papilles sont plus prononcées ; cependant, même dans ces papilles peu volumineuses, on retrouve quelques minces fibres élastiques provenant de ce réseau et pénétrant en se contournant dans l'intérieur des papilles.

Auprès de l'extrémité libre de la phalange, on trouve des faisceaux assez compacts formés de fibres relativement minces qui se dirigent de cette extrémité vers la base de l'angle ; sur des coupes transversales par rapport à l'axe de la phalange, cette disposition des fibres élastiques en faisceaux est plus apparente, ces faisceaux sont séparés par le tissu conjonctif compact au milieu duquel on voit les vaisseaux, et présentent l'aspect de pinceaux ou mieux, par places, de gerbes de blé; en haut, les fibres semblent s'étaler en un réseau à larges mailles auquel fait suite un autre réseau plus étendu mais à mailles plus larges, continuation de celui de la partie supérieure du lit unguéal.

L'abondance et même la présence des fibres élastiques s'explique mal dans une région aussi adhérente à l'os que le lit de l'angle ; il est permis de supposer que dans le fonctionnement intime des tissus l'élément élastique a un rôle différent de celui que nous attribuons grossièrement à son élasticité.

GEORGES THIBIERGE.

Pemphigus. — Warmann. Pemphigus des nouveau-nés. (*Medycyna*, 32, 33, 1893.)

L'auteur a observé une épidémie de pemphigus des nouveau-nés, dont un mort à la suite d'une péritonite, au cours de l'éruption. Il arrive à la conclusion que le pemphigus est une maladie infectieuse, étant données la fièvre qui ne manque jamais, et les complications viscérales nombreuses et fréquentes. S. Broïdo.

Séborrhée. — Wallace Beatty. Seborrhea. (*The British Journal of Dermatology*, juin 1894, p. 161.)

L'auteur, depuis plusieurs années a contrôlé tous les travaux de Unna sur l'eczéma séborrhéique.

Dans un article qui résume ses propres recherches il aboutit à la confirmation des caractères distinctifs de l'entité clinique établie par Unna. Il est en désaccord avec l'auteur allemand sur quelques questions de pathologie et de pathogénie. Il retrace en un résumé très clair et utile à consulter les descriptions de Unna :

1° L'eczéma séborrhéique a presque toujours son point de départ au cuir chevelu, presque toujours aussi dans un cas d'eczéma séborrhéique chez un adulte il y a quelque histoire de pellicules remontant à plusieurs années ou de vernix caseosa dans l'enfance.

2° L'eczéma séborrhéique a certains sièges de prédilection : cuir chevelu, front au bord du cuir chevelu, tempes, oreilles, plis naso-géniens, régions péribuccale, interscapulaire, axillaire, périnéale, cruro-génitale, dos des mains, particulièrement l'espace compris entre le métacarpe de l'index et du pouce.

3° L'eczéma séborrhéique revêt une coloration jaunâtre, coloration qu'on retrouve fréquemment après guérison.

4° L'eczéma séborrhéique a une évolution serpigineuse.

5° Cette affection comporte trois variétés qui indiquent trois degrés de gravité.

a) Variété squameuse. Ici les caractères inflammatoires sont très peu marqués. Les squames sont blanches et peu graisseuses. Au cuir chevelu cette lésion conduit insensiblement à l'alopécie.

b) Variété croûteuse, (séborrhée sèche). Ici les croûtes graisseuses sont accumulées et il y a des signes évidents d'inflammations.

c) Variété humide et suintante.

Au point de vue de la pathogénie Unna croit à une origine parasitaire, opinion basée sur l'action de la thérapeutique parasiticide, sur les caractères serpigineux des éléments éruptifs, enfin sur la fréquence de deux variétés de micro-organismes qui sont, d'après lui : 1° des bacilles (les spores de Malassez trouvées dans le pityriasis capitis), et 2° des cocci, qu'il appelle morococci à cause de leur tendance à se grouper en framboise. Par des inoculations expérimentales avec des morococci Unna a pu reproduire des vésicules analogues à celles de l'eczéma. Unna est enclin à penser que les squames sont dues aux spores de Malassez, et les sécrétions

graisseuses aux morococci, l'action combinée de ces parasites amenant le développement complet de l'eczéma séborrhéique.

Quant au diagnostic, il repose, d'après Unna, sur la marche et l'évolution de l'affection, sur les lieux d'élection, sur la coloration jaunâtre, enfin sur les caractères serpigineux des lésions.

Le Dr Beatty est d'accord avec Unna sur tout ce qui concerne la clinique de l'eczéma séborrhéique, mais il n'en est pas de même au sujet des faits qui suivent. D'après le Dr Beatty les glandes sudoripares ne sécrètent pas normalement la graisse. Toutes les coupes qu'il a faites, colorées à l'acide osmique, de peau normale d'un grand nombre d'animaux n'ont jamais montré de graisse dans l'épithélium des glandes sudoripares.

D'autre part, le vernix caseosa des nouveau-nés n'est point pour lui le résultat d'une hypersécrétion réelle des glandes sudoripares. L'auteur pense bien avec Unna que le pityriasis capitis simplex est bien une affection d'ordre inflammatoire, mais il n'est point d'avis que les glandes sudoripares participent d'une façon primitive et capitale à cette inflammation. Même lorsque les glandes sudoripares sont fortement enflammées, elles ne semblent pas sécréter de graisse et si l'on trouve parfois quelques globules graisseux dans la lumière des conduits sudoripares ou dans leur voisinage, cela tient très certainement à un accident de manipulation dans la section des coupes.

Les observations du Dr Beatty réhabilitent donc l'opinion depuis longtemps admise que la séborrhée est une maladie des glandes sébacées ; d'autre part, elles tendent à confirmer l'opinion de Unna que la séborrhée sèche est bien inflammatoire et mérite d'être comprise dans l'affection décrite par Unna sous le nom d'eczéma séborrhéique.

Louis Wickham.

Teigne tondante. — R. Sabouraud. Sur une mycose innominée de l'homme : la teigne tondante de Gruby ; microsporum Audouini. (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1894, p. 83.)

La forme de trichomycose que M. Sabouraud décrit dans ce mémoire est certainement bien connue de tous les dermatologistes : c'est une des affections désignées sous le nom de trichophytie du cuir chevelu, la plus tenace de celles-ci. Mais son histoire mycologique était à faire ou plutôt à refaire — car Gruby l'a faite il y a 51 ans — et à compléter par les procédés nouveaux d'investigations, et quelques-uns de ses caractères cliniques devaient être précisés.

M. Sabouraud explique comment Gruby, micrographe, ne s'est occupé comme tel que des caractères microscopiques du parasite et a laissé croire que le parasite qu'il décrivait était celui du porrigo decalvans ou pelade, affection dont le parasite est encore à trouver. Dans ses premières recherches sur la trichophytie, M. Sabouraud avait nettement établi que l'on rencontre dans cette affection deux grandes classes de parasites, les trichophyton megalosporon, d'une part, et d'autre part un autre parasite qu'il avait décrit sous le nom de trichophyton microsporon. La comparaison des caractères de ce dernier avec la description du parasite de Gruby lui a démontré que son trichophyton microsporon n'était autre que

le microsporum Audouini et une étude de ses caractères botaniques lui a montré qu'il ne méritait pas le nom de trichophyton.

Les lésions dans lesquelles on rencontre le microsporon sont remarquables par leur ténacité et par quelques autres caractères cliniques particuliers. Le début se fait non par l'épiderme, mais par le poil. Chaque cheveu est revêtu à sa base, sur 3 millimètres de hauteur environ, au-dessus de l'orifice pilaire, d'un étui blanc grisâtre d'apparence épidermique ; plus tard les cheveux se brisent à des hauteurs différentes, ordinairement à 6 ou 7 millimètres du follicule et la plaque se recouvre de débris squameux et lamellaires; les cheveux malades à la périphérie sont fins, grisâtres, ont perdu toute résistance et lorsqu'on les arrache, ils demeurent tous parallèles, pris dans une lamelle épidermique, plus larges dans leur portion radiculaire d'un blanc crayeux que dans leur portion aérienne d'un blanc grisâtre. Quelquefois, sur les plaques non traitées, on peut voir que la plaque malade présente, autour d'un disque central de couleur bistrée, un double liséré érythémateux, formant une cocarde. Les lésions du cuir chevelu ne s'accompagnent jamais de lésions des parties glabres (sauf parfois de légères efflorescences épidermiques n'aboutissant jamais à la constitution d'un cercle trichophytique) ; elles sont spéciales à l'enfance. Cette forme de trichomycose est, par sa persistance, la plus grave de toutes et c'est la plus contagieuse de celles qu'on observe dans l'enfance ; mais elle se termine invariablement par la guérison complète.

Le parasite constitue à lui tout seul la gaine d'apparence épidermique qui entoure le poil et ne pénètre pas dans le poil. Il est constitué par des spores égales, disposées sans ordre. La gaine s'amincit de haut en bas, de la portion aérienne du poil vers sa portion radiculaire et la racine est la dernière partie intacte du poil.

Les spores mesurent 2 μ. Par la dissociation, on trouve entre les spores désagrégées et flottantes de minuscules tronçons de rameaux, de 2 μ de large sur 6 à 10 μ de longueur et ordinairement sigmoïdes; mais ces rameaux sont assez peu nombreux, peu apparents au milieu des éléments parasitaires. La forme ronde ou ovale des spores, qui se juxtaposent les unes aux autres, et leur nombre considérable rendent leur série linéaire indistincte, quoiqu'elles doivent naître bout à bout, comme des cellules mycéliennes.

Ce parasite se distingue du trichophyton par les dimensions de ses spores, par son habitat exclusivement en dehors du poil, par l'absence de sériation linéaire des spores, par sa progression de haut en bas, tandis que le trichophyton se développe dans la direction même du cheveu.

Le microsporum Audouini se cultive facilement sur tous les milieux usuels de laboratoire. La culture la plus caractéristique est la culture en strie sur pomme de terre, sur laquelle elle forme au bout de 7 à 8 jours une traînée grise, puis brun rougeâtre rappelant une traînée de sang non saillante ; au bout de 10 ou 12 jours, commence à apparaître sur cette strie un duvet rare et court qui s'épaissit par places en petits bouquets. Contrairement à la culture du trichophyton, lequel meurt au bout de 18 à 20 jours, celle du microsporum Audouini végète lentement et faiblement à la vérité, mais pendant un temps bien plus long.

Dans les cultures en goutte suspendue, on peut observer les caractères du mycélium et reconnaître que ces caractères diffèrent de ceux du trichophyton : tandis que, dans celui-ci, les rameaux mycéliens sont extrêmement touffus, abondants et comme feutrés, réguliers, d'un diamètre sensiblement égal, ceux du microsporum Audouini sont espacés et moniliformes. Plus tard, ils émettent de longs filaments terminaux, contournés en tous sens, portant sur un côté seulement des denticules, ne supportant qu'une seule spore très sessile, au lieu de la grappe sporifère des trichophytons.

L'inoculation des cultures, négative chez les animaux, ne donne sur le tégument glabre de l'homme qu'une légère rougeur non circinée, accompagnée d'une légère exfoliation épidermique, au niveau de laquelle on retrouve, après quatre jours, des éléments mycéliens jeunes; puis la lésion disparaît spontanément et ne fournit de culture que pendant quatre ou cinq jours au plus.

On trouve dans l' « herpès contagieux vulgaire » des poulains, une espèce parasitaire très voisine, dont les organes de sporulation externe sont identiques.

Le traitement de cette forme de mycose présente les difficultés bien connues de toutes les trichomycoses : l'épilation permet de faire la part du feu, mais à cela se réduit actuellement l'intervention médicale utile.

Le mémoire de M. Sabouraud éclaire donc la question des trichomytoses et fait intervenir une nouvelle espèce de pronostic spécialement grave. Malheureusement, il faut le reconnaître, il renverse les classifications connues aujourd'hui, et après avoir laborieusement établi et fait connaître la distinction entre les trichomycoses, désignées sous le nom de trichophyties, le favus et la pelade, les dermatologistes vont avoir à vulgariser la connaissance d'une forme nouvelle distraite de la trichophytie et que la logique botanique oblige à en écarter. On peut prévoir que cette vulgarisation ne se fera pas sans difficulté. Il reste d'ailleurs à trouver pour cette nouvelle entité, une dénomination — nous souhaitons vivement que cette dénomination soit suffisamment parlante pour aplanir tout obstacle à la vulgarisation — car le terme de teigne tondante spéciale de Gruby n'est évidemment, dans l'esprit de M. Sabouraud, qu'un terme d'attente.

Georges Thibierge.

Tumeurs de la peau. — Jarisch. Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, 1894, t. XXVIII, p. 163.)

Dans l'ensemble des travaux de ces dernières années on trouve consigné un certain nombre d'observations sur des tumeurs de la peau qui, jusqu'à ce moment, étaient à peine connues. En premier lieu les néoplasies observées dans le service de E. Besnier et décrites par Jacquet et Darier sous le nom d'*hydradénomes éruptifs* (*épithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares* ou *adénomes sudoripares*), dont la destinée fut de recevoir presque autant de noms observateurs, ainsi *syringo cystadénome* (Unna, Török), *adenome of the sweat glands* (Perry), — quoique d'après l'insuffisance des données histologiques il soit impossible de dire avec certitude

qu'il s'agissait d'une affection identique, — *cystadénomes épithéliaux bénins* (Besnier), *cellulomes épithéliaux éruptifs* (Quinquaud), etc.

Les opinions sur la nature, l'origine et la signification de ces tumeurs sont tout aussi différentes que leurs noms. A cet égard l'auteur se borne à rappeler la tentative de Philippson d'identifier *le colloid milium* (Wagner), *la dégénéresence colloïde du derme* (Besnier) l'un avec l'autre et avec l'*hydradénome éruptif;* le travail de Brooke, qui décrit certains épithéliomes de la peau sous le nom d'*épithelioma adenoïdes cysticum* et les représente comme identiques à l'affection de la peau décrite par Jaquet et Darier ; l'allégation de Hoggan, Besnier, etc., qui interprétaient comme *hydradénome éruptif* le cas publié en 1872 par Kaposi et Biesiadecki sous le nom *lymphangioma tuberosum multiplex* — assertion contre laquelle Kaposi proteste dans la dernière édition de son ouvrage.

L'auteur a eu l'année dernière l'occasion d'observer trois cas dont le premier correspondrait, sans préjudice de son opinion sur la classification précédente, à *l'hydradénome éruptif* (Jaquet-Darier), le second à l'*epithelioma adenoïdes cysticum* (Brooke), le troisième à *la dégénérescence colloïde du derme* (Besnier-Balzer).

Cas I. — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans (A l'âge de 7 ans elle a eu un ictère ; peu après il survint sur le sternum, puis peu à peu, dans le cours des années suivantes, sur d'autres régions du corps et il y a deux ans sur les paupières, des papules qui n'étaient accompagnées d'aucunes sensations anormales. Actuellement il existe, sur la peau des deux commissures internes des paupières et sur les parties avoisinantes, de nombreuses papules légèrement brillantes et en partie transparentes, isolées, disposées en cercles et se continuant sur les deux paupières, de la grosseur d'une graine de pavot à celle d'une graine de chènevis, en forme de cône aplati, assez résistantes. Ces papules ont une teinte jaunâtre ou blanc jaunâtre dont l'épiderme est un peu tendu. La coloration jaunâtre de ces papules ne rappelle en rien le jaune soufre ou jaune paille du xanthome.

Lés papules sont enfoncées dans la peau, et ne sont mobiles qu'avec elle. Quelques-unes sont entourées d'un liséré rougeâtre très fin, lequel examiné à la loupe est formé par un vaisseau télangiectasié. Outre les papules et en dedans de deux de ces papules il y avait sur les paupières supérieures des dépôts jaune blanc, semblables à du milium de la grosseur d'une graine de pavot que l'on pouvait énucléer in toto après incision de la peau qui les recouvrait. Le visage, à part les points ci-dessus indiqués, était complètement indemne de papules. Mais par contre sur la peau de la moitié supérieure du thorax il y avait de nombreuses papules.

L'examen microscopique ainsi que les caractères cliniques de ce cas suffiraient à démontrer son identité avec ceux décrits sous différents noms par Jaquet-Darier, Török, Quinquaud, Philippson, etc. Toutefois les données microscopiques du cas actuel diffèrent par certains détails importants de celles indiquées par les auteurs précédents. Ainsi, contrairement à ce qu'a observé Török, mais en concordance avec Biesiadecki, l'auteur a pu souvent constater que la ramification des tranîées cellulaires, et d'autre part le rapport des éléments de la tumeur entre eux, la continuation directe d'un cordon avec un kyste en voie de développement dans un vais-

seau papillaire, la prolifération des endothéliums de presque tous les capillaires, éventuellement aussi des périthéliums, etc., ont les vaisseaux sanguins, c'est-à-dire leur endothélium, peut-être aussi le périthélium, comme point d'origine des éléments de la tumeur.

Par conséquent l'auteur propose pour la néoplasie décrite dans son premier cas le nom de *Hemangioendothälioma tube rosum multiplex.*

Cas II. — Ce cas concerne un garçon de 22 ans, de constitution faible, avec scoliose prononcée. Il a sur le visage une affection de la peau qui date de huit ans; elle est caractérisée par plusieurs plaques nettement circonscrites, recouvertes de croûtes dont l'aspect indiquerait un impétigo. Toutefois si l'on ramollit et détache ces croûtes, on voit des ulcérations très superficielles qui, par leur état vernissé particulier, leur peu de tendance à la guérison, font croire à un épithéliome, bien que leur base et leurs bords soient en général entièrement mous. Un de ces ulcères était situé dans la région de la commissure palpébrale interne du côté gauche, sa longueur dépassait 1 centim. et sa largeur trois quarts de centim. Sa base était brillante, rouge jaunâtre, en partie transparente, ses bords légèrement élevés, il était placé sur le segment le plus externe d'une cicatrice irrégulière, très peu déprimée, superficielle, lisse et molle. Au pôle supérieur de l'ulcère, au-dessus du sac lacrymal, il y avait une papule arrondie, légèrement transparente, se distinguant à peine par sa coloration des parties environnantes, touchant presque la surface de l'ulcère, aplatie, du volume d'un petit grain de chènevis, modérément dure au toucher et recouverte d'un épiderme lisse, brillant.

Un autre petit ulcère analogue au précédent se trouvait en dehors au-dessus de l'aile gauche du nez, environ à 1 centim. au-dessus du pli naso-labial ; un troisième, de forme ovale, était situé sur l'arcade infra-orbitaire du côté gauche.

Outre ces ulcérations présentant les caractères de l'ulcus rodens, on voyait des papules isolées, disséminées sur la peau des deux paupières, de l'espace intersourcilier et sur les tempes.

Sur les paupières, entre ces nodosités, nombreux miliums jaunâtres de grosseur variable.

Le diagnostic clinique de ces cas présentait de grandes difficultés et ne pouvait être fait d'une manière certaine que par l'examen microscopique qui montra l'identité de ce cas avec celui décrit par Brooke sous le nom d'epithelioma adneoides cysticum. Seulement dans un point, le cas de l'auteur paraît différer au premier coup d'œil essentiellement de celui de Brooke, en ce qui concerne la formation des ulcères. Il n'en existait dans aucun des cas de Brooke. Mais cette différence n'a pas l'importance qu'elle paraît avoir.

L'opinion de Jarisch est entièrement conforme à celle de Brooke en ce qui concerne la structure de chaque nodosité, mais il ne saurait admettre avec lui que les cas que cet auteur a observés rentrent dans l'hydradénome. Brooke n'a évidemment encore examiné aucun cas d'hydradénome. Les caractères histologiques de cette dernière tumeur sont totalement différents de ceux qu'il décrit et qui existent dans le cas I de l'auteur. Déjà le fait que les connexions des éléments de la tumeur avec des formations physio-

logiques — les follicules pileux — existaient dans l'epithelioma adenoïdes cysticum, aurait dû le faire réfléchir ; en outre, d'une part les traînées cellulaires longues, larges, noueuses, à sinuosités nombreuses, et de l'autre la ligne de démarcation de ces traînées par rapport au tissu conjonctif se trouvaient par le fait de ces cellules en forme de palissades ne rappelant en rien les dispositions de l'hydradénome; aussi doit-on abandonner toute pensée d'une identité ou même d'une parenté. La seule analogie entre les deux néoplasies, c'est qu'il y a des kystes.

En raison des caractères histologiques et du tableau clinique Jarisch propose le nom de *tricho-epithelioma papulosum multiplex*, et celui de *tricho-epithelioma papulosum rodens* spécialement pour la néoplasie du cas II et pour les cas publiés jusqu'à présent sous la dénomination d'*adénome sébacé.*

Cas III.— Femme de 70 ans, atteinte d'une affection de la peau caractérisée par la présence de nombreuses papules, confluentes, aplaties jusqu'à la grosseur d'une lentille, arrondies, irrégulièrement dessinées, nettement limitées. Ces papules étaient situées sur le front et disséminées aussi sur les tempes ; elles étaient mobiles avec la peau, en général d'une teinte légèrement jaunâtre et transparente ; par endroits elles avaient une coloration plus foncée qui faisait croire à des hémorrhagies.

L'examen microscopique montra la présence de masses considérables homogènes, fragmentées, dans les couches supérieures du derme, confluentes, assez nettement limitées vers l'épiderme et séparées constamment de celui-ci par une zone étroite de tissu conjonctif. Vers les couches profondes du chorion les masses homogènes paraissaient plus lâches et il devenait évident qu'elles provenaient de la fusion de cordons homogènes qui se présentaient ici en convolut épais. Il était facile de constater le fait suivant : c'est que les fibres élastiques de la peau, par suite de la tuméfaction gagnant graduellement l'épiderme, constituaient de larges cordons plusieurs fois contournés ; dans les couches supérieures du derme, elles formaient des masses homogènes fragmentées qui déplaçaient complètement le tissu collagène ou le remplaçaient, tandis que la couche sub-épithéliale limitrophe restait en dehors de ce processus.

L'auteur se croit, dans ce cas III, en droit d'admettre une dégénérescence colloïde de la peau, en fait des fibres élastiques et on peut se demander si et jusqu'à quel point son cas devrait être rangé parmi ceux qui ont été publiés sous le nom de colloïd milium, dégénérescence colloïde du derme, etc. L'auteur, d'après ces données, croit pouvoir en inférer, non seulement l'identité de son cas, mais aussi admettre, avec les auteurs français, qu'il s'agit non d'une dégénérescence du tissu collagène, mais du tissu élastique.

En résumé, les néoplasmes décrits sous les noms d'*hydradénomes éruptifs*, *syringocystadénomes*, etc., n'ont de rapport ni avec les glandes sudoripares, ni avec des germes embryonnaires dispersés. Ils résultent d'une prolifération des endothélia vasculaires et sont des *hémangioendothéliomes*, peut-être aussi éventuellement des lymphangioendothéliomes.

Le néoplasme décrit par Hebra-Kaposi sous le nom de *lymphangiome tubéreux multiple* est identique aux cas décrits comme *hydradénomes*, etc.

Le nom de *lymphangiome* n'est pas justifié, car il n'y a pas d'angiome dans l'affection et on n'a pas démontré que le néoplasme ait pour point de départ les vaisseaux lymphatiques.

Il propose donc de substituer à l'ancienne dénomination d'Hebra-Kaposi celle d'*hémangioendothéliome tubéreux multiple.*

Les cas décrits par Brooke sous le nom d'*epithelioma adenoides cysticum* n'ont rien de commun avec l'*hémangioendothéliome tubéreux multiple.* Ce sont des épithéliomes identiques au cas II.

Dans ces épithéliomes, les proliférations multiples ont pour point de départ les follicules pileux (des poils lanugineux) qui se trouvent encore dans la période des poils en massue, et cela sur leur tiers supérieur et moyen.

La puberté joue un rôle prépondérant dans le développement de ces tumeurs.

Les cas décrits sous le nom d'*adénome sébacé* ne sont pas des adénomes, ils sont au contraire identiques aux cas publiés par Brooke sous la dénomination d'epithelioma adenoïdes cysticum et au cas II.

Comme la formation des poils ou plutôt de leurs phases préliminaires est un facteur prédominant de ces néoplasies et que les follicules pileux forment exclusivement (ou presque exclusivement, en tenant compte des indications des auteurs français) le point de départ de proliférations épithéliales, l'auteur propose de désigner le néoplasme sous le nom de *trichoépithéliome* et, en tenant compte des caractères cliniques, sous celui de *trichoépithéliome papuleux multiple;* pour les cas présentant le tableau rodens, comme le cas II, celui de *trichoépithéliome papuleux* de l'*ulcus multiplex rodens.*

Les lésions cutanées décrites sous le nom de dégénérescence colloïde de la peau et aussi de colloid milium (Wagner) qui, selon toute probabilité, lui est identique, n'ont pas pour base la dégénérescence colloïde des fibres de tissu conjonctif, mais celle des fibres élastiques. Les altérations des fibres élastiques qui se produisent ici sont identiques à celles que Schmidt désigne comme lésions séniles des fibres élastiques, mais que Reizenstein a rencontrées chez des individus jeunes.

Le colloid milium et la dégénérescence colloïde de la peau n'ont rien de commun avec ce qu'on appelle l'hydradénome. A. Doyon.

Traitement des maladies de la peau par le suc thyroïdien. — Byrom Bramwell. An address on the thyroïd treatment of skin diseases. *The British Journal of dermatology*, juin 1894, p. 193.

Diverses analyses ont déjà été faites dans ce recueil de publications antérieures de l'auteur sur l'emploi de l'extrait de glande thyroïde dans les maladies de la peau. Ce nouveau travail n'est qu'une mise au point de ses travaux précédents. En voici les principaux passages :

Le myxœdème et le crétinisme sporadique sont très favorablement modifiés et guéris, même par les injections d'extrait liquide et les doses ab ingesta d'extrait sec.

C'est là, d'après l'auteur, une des découvertes les plus remarquables qu

aient jamais été faites dans la thérapeutique. Il semble que le myxœdème soit guéri par l'apport d'une substance (extrait de thyroïde) qui manque à l'organisme. C'est là un fait établi qui, à lui seul, permet de ranger la médication thyroïdienne parmi les agents les plus utiles de la thérapeutique.

Ayant observé les effets produits sur la peau elle-même chez les myxœdémateux, l'auteur a tenté d'appliquer cette action à des affections de la peau, telles que le psoriasis, le lupus, l'ichtyose, la dermatite exfoliatrice, l'eczéma aigu, l'eczéma chronique, le pemphigus, l'alopécie généralisée.

Bien que ces diverses affections aient paru favorablement modifiées par ce traitement, l'auteur ne peut actuellement donner de conclusions fermes que pour le psoriasis, qui, d'ailleurs, a été expérimenté sur un plus grand nombre de cas.

Voici les conclusions en ce qui concerne le psoriasis :

1° Dans un très grand nombre de cas on obtient une guérison temporaire ; l'éruption disparaît entièrement, laissant la peau absolument saine.

2° Dans quelques cas exceptionnels une amélioration immédiate et rapide est obtenue par les doses faibles.

3° D'autres ne s'améliorent qu'après l'apparition d'un véritable thyroïdisme.

4° Dans certains cas rebelles, la détente n'est obtenue qu'après l'administration de très hautes doses continuées fort longtemps.

5° Lorsqu'on pense se trouver en présence d'un cas rebelle à cette thérapeutique on ne doit abandonner tout espoir que lorsqu'on a, par de très fortes doses, obtenu du thyroïdisme.

6° Dans quelques cas, le traitement n'a paru avoir aucune action, dans deux d'entre eux il s'agissait de sujets épileptiques.

7° Le traitement n'empêche point les récidives de se reproduire tôt ou tard.

8° Les psoriasis installés, anciens, chroniques, réagissent mieux à cette thérapeutique que les cas récents et constitués de petits éléments disséminés.

Mode d'administration et accidents. — Il ne paraît point nécessaire de pratiquer des injections. La voie stomacale est tout aussi active et plus facile à administrer. Il existe actuellement des préparations pharmaceutiques très commodes. L'auteur emploie des tabloïds d'extrait sec de cinq grains (environ 0 gr. 30) et il varie les doses par jour de 1 tabloïd a 30, 40, ou plus encore.

L'auteur commence toujours par de petites doses pour tâter la susceptibilité du sujet et il augmente rapidement dans certains cas, comme par exemple, dans le psoriasis et l'ichtyose, jusqu'à ce que le thyroïdisme soit obtenu. Les accidents du thyroïdisme consistent en maux de tête, dérangements de l'estomac, vomissements, diarrhée, accélération du pouls qui peut aller jusqu'à 120 ou 130, élévation de température. Si l'on surveille bien ces malades qui, de préférence, doivent être soignés au lit, ces accidents sont de très peu d'importance et on les combat facilement.

Louis Wickham.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie : pus. — G. Caneva. Sulle cellule eosinofile del pus gonorroico. (*La Riforma medica*, 31 janvier 1894, p. 291.)

L'auteur a constaté, par coloration successive avec la solution alcoolique saturée d'éosine et avec la solution aqueuse non concentrée de bleu de méthylène suivie d'éclaircissement avec le xylol, la présence dans le pus blennorrhagique de globules blancs renfermant des granulations éosinophiles. De ces granulations, les unes, plus ou moins nombreuses, ont environ les dimensions d'un gonocoque et sont contenues dans des leucocytes de dimensions moyennes et généralement uninucléés ; les autres, plus nombreuses, sont beaucoup plus fines, quelquefois punctiformes, d'autres fois ressemblant à un bacille, et sont contenues dans des leucocytes de dimensions variées, uni ou multinucléaires, plus ou moins riches en protoplasma ; il n'y a pas de granulations intermédiaires à ces deux variétés. Les gonocoques se distinguent de ces granulations par leur coloration violette et par leurs caractères morphologiques ; on ne les rencontre jamais dans les cellules contenant la première variété de granulations. Dans les blennorrhagies à marche lente ou chronique, le nombre des granulations de la première variété augmente et celui des granulations de la deuxième variété diminue beaucoup, mais l'auteur ne peut dire si cette diminution tient à ce que la substance éosinophile diminue d'abondance ou à ce qu'elle se décolore plus facilement.

Georges Thibierge.

Blennorrhagie : rhumatisme. — E. Chiaiso et L. Isnardi. Sopra un caso di reumatismo blenorragico con complicazioni viscerali in una ragazzina di 10 anni. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, février 1894, p. 93.)

Enfant de 10 ans, atteinte de rhumatisme occupant les articulations des pieds, des genoux, de l'épaule droite ; épanchement pleural droit, souffle systolique à la pointe du cœur, avec accentuation du deuxième bruit au niveau de l'artère pulmonaire ; écoulement vaginal et uréthral abondant consécutif à une tentative de viol. On prescrit des lavages de la vulve et du vagin, et on administre du salicylate de soude et du salol. Au bout de 4 jours, les douleurs articulaires ont disparu ; mais le lendemain l'enfant est prise de douleurs dans les articulations radio-carpiennes, qui cessent bientôt pour se reproduire deux fois encore. Au bout de quatre semaines, l'enfant sort de l'hôpital, ne conservant plus qu'un très léger épanchement dans la plèvre droite ; le souffle cardiaque persiste. Le liquide extrait par la ponction renferme des gonocoques.

Nous devons avouer que nous ne sommes pas aussi convaincu que les auteurs de la nature blennorrhagique de ce rhumatisme ; ses allures et sa réaction thérapeutique vis-à-vis du salicylate de soude rappellent bien moins le rhumatisme blennorrhagique, que le rhumatisme franc lequel, quoi qu'en disent les deux auteurs italiens, n'est pas exceptionnel à l'âge de

cet enfant. Quant à l'existence du gonocoque dans l'épanchement pleural, elle aurait exigé pour satisfaire le lecteur une démonstration plus nette, et tout au moins l'indication des réactions colorantes au moyen desquelles ce microorganisme a été recherché. On ne saurait, en présence de faits discutables, comme les cas de rhumatisme blennorrhagique généralisé avec localisations viscérales, accumuler assez de preuves, sous peine d'encombrer la bibliographie d'observations impossibles à utiliser.

GEORGES THIBIERGE.

TSECHANOVITSCH. — Syphilis et blennorrhagie simultanée. (*Rous. Medicina*, 1894, nº 22, p. 356.)

Chez un homme entré à l'hôpital pour un chancre induré, et qui n'avait rien du côté de l'urèthre à ce moment, s'est développé après dix jours de séjour, une roséole typique et en même temps on constata de l'uréthrite avec miction douloureuse et brûlante, et de l'orchi-épididymite.

Après cinq semaines de traitement exclusivement antisyphilitique la roséole a disparu, en même temps que l'uréthrite et l'orchi-épididymite. Cependant l'uréthrite syphilitique ne se complique jamais d'orchi-épididymite. Cette dernière avait les caractères d'une orchi-épididymite blennorrhagique; en outre le pus examiné contenait des gonocoques; il s'agissait donc bien de blennorrhagie. Quant à l'absence de signes avant l'éruption, elle serait due à des mauvaises conditions pour le développement des gonocoques; tandis qu'avec l'apparition des manifestations secondaires, l'hyperhémie et les ulcérations de la muqueuse uréthrale changeaient les conditions et permettaient le développement du gonocoque.

S. BROÏDO.

Gonocoque. — TOUTON. Der gonococcus und seine Beziehungen zu den blennorrhoischen Processen. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1894, p. 543.)

Le gonocoque est la cause du processus blennorrhagique; le diagnostic est établi d'une manière positive par la constatation microscopique de ce parasite. Des examens microscopiques renouvelés souvent dans le cours de la maladie sont indispensables pour se rendre compte de l'état actuel de l'affection, ainsi que pour établir les règles thérapeutiques. Dans un grand nombre de cas, surtout anciens, on trouve à la suite de recherches microscopiques répétées, et au besoin, en provoquant de l'irritation, les gonocoques qui manquent en commençant.

Il est nécessaire, dans des cas rares, pour assurer le diagnostic, d'avoir recours au procédé de culture de Wertheim. Cela est tout particulièrement vrai quand, au microscope, on ne trouve que des « formes de régression » suspectes, par exemple dans des amas anciens de pus (articulations, trompes).

Toutes les espèces d'épithélium peuvent servir au gonocoque comme lieu d'invasion et d'incubation. L'épiderme corné intact paraît être un point d'immunité.

Le tissu conjonctif, ainsi que les membranes séreuses et synoviales peuvent être atteints par le gonocoque, leur propagation se fait dans les fentes lymphatiques. Les conditions favorables pour les colonies et la multiplication des gonocoques sont :

1° La pléthore, le ramollissement et la succulence des tissus, les larges espaces intercellulaires ou les lacunes lymphatiques.

2° Des conditions chimiques dont la nature est encore inconnue.

Ces conditions peuvent être :

1° Congénitales, frappantes par rapport à celles d'autres individus.

2° Fondées sur l'âge des sujets.

3° Créées par d'autres affections antérieures (traumatiques, chimiques, bactériennes).

4° Créées par l'action chimiotaxique à distance du gonocoque lui-même.

Le processus blennorrhagique est dans le mode d'infection ordinaire, en première ligne une affection épithéliale avec inflammation purulente simultanée du tissu conjonctif sous-jacent. La prolifération des gonocoques dans les espaces intercellulaires, l'imbibition des cellules épithéliales avec diminution de la colorabilité des noyaux, le passage des corpuscules de pus dans les espaces inter-cellulaires, le ramollissement de la charpente des cellules épithéliales, la dislocation et finalement la destruction de ces cellules sont, outre les signes de l'infiltration des cellules rondes dans le tissu, les éléments essentiels du processus qui évolue dans le tissu.

La dénudation complète du tissu conjonctif peut se produire après la chute de l'enveloppe épithéliale (d'après Dinkler, également la nécrose de sa surface, la thrombose et la nécrose des vaisseaux sanguins). Si le processus persiste peu de temps et a une marche superficielle il y a, après la guérison, restitutio in integrum. Des affections plus profondes et plus durables se terminent par la rétraction du tissu conjonctif. Le tissu conjonctif avec endothélium a une grande tendance à guérir en laissant des adhérences entre les surfaces de contact.

Le gonocoque peut provoquer la métaplasie d'une espèce d'épithélium dans une autre. Cette métaplasie peut, dans certains cas, prendre l'importance d'une prédisposition spontanée pour la propagation du processus. Il existe aussi parfois, au voisinage des colonies de gonocoques, une hyperplasie de l'épithélium. Cet épithélium hyperplasié peut être décomposé après une longue durée du processus, par exemple par macération et provoquer ainsi des érosions par la dénudation du tissu conjonctif. Les cellules du tissu conjonctif peuvent aussi proliférer sous l'influence de l'invasion des gonocoques.

Toutes les maladies, qui surviennent sur des régions éloignées du corps consécutivement à une blennorrhagie primaire, de même que celles des organes voisins du foyer primaire atteints par continuité, considérées théoriquement, peuvent être déterminées par le gonocoque même et ses toxines (métastases gonococciques). C'est démontré pour une partie d'entre ces maladies.

Les leucocytes agissent vis-à-vis des gonocoques, non comme phagocytes, mais servent d'intermédiaires pour transporter les gonocoques hors du corps, parfois aussi dans des parties qui n'étaient pas malades.

Les gonocoques se multiplient dans les leucocytes ainsi que librement dans les lacunes du tissu et les espaces lymphatiques.

Il peut se produire dans la blennorrhagie des infections mixtes, cependant elles ne sont nécessaires à aucune des complications. Dans la suppuration profonde (nécrose) du tissu conjonctif, le plus souvent il y a sans doute des infections secondaires des bactéries du pus. Il peut survenir des suppurations superficielles de tissu conjonctif dans des organes recouverts auparavant d'épithélium, par le gonocoque même (pseudo-abcès).

La nécrose des tissus par les gonocoques est toutefois beaucoup moins intense et rapide que celle par d'autres agents pyogènes.

A. Doyon.

Chancre simple. — Jeanselme. Contribution à l'étude du chancre mou céphalique (chancre simple du menton démontré par l'inoculation et l'examen bactériologique). (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 9 décembre 1893, p. 581.)

Les faits de chancre simple céphalique sont extrêmement rares et Jeanselme n'a pu en réunir que 10 cas authentiques, presque tous consécutifs à des chancres génitaux et inoculés par le doigt ou un objet quelconque souillé de virus chancreux sur une gerçure, une érosion ou une plaie de l'extrémité céphalique.

Dans le fait suivant, le chancre de la face paraît avoir été contemporain des chancres génitaux.

Homme de 47 ans ; cinq jours après un coït suspect, vive démangeaison au menton, puis saillie papuleuse surmontée d'une petite pustule et en même temps plusieurs ulcérations au niveau de la couronne du gland, dont une légèrement indurée. A l'entrée à l'hôpital, chancres du sillon balano-préputial; au menton, un peu à droite de la ligne médiane, ulcération recouverte d'une croûte jaunâtre, impétigineuse ; l'ulcération a une forme arrondie, le diamètre d'une pièce de 20 centimes, pas d'induration, la lésion est un peu surélevée au-dessus des téguments, non douloureuse à la pression ; fond inégal avec sécrétion purulente abondante ; un ganglion sous-maxillaire médian du volume d'une noisette ; au soixante-quinzième jour après le coït suspect, aucune trace de syphilis. L'inoculation du pus de l'ulcération indurée de la verge et du pus du chancre du menton reproduisent des chancres simples caractéristiques ; les chancres génitaux et celui du menton renfermaient le bacille pathognomonique du chancre simple.

Le chancre du menton s'est cicatrisé complètement après pansement à l'eau boriquée.

Georges Thibierge.

Chancre simple. — Stepanoff. Traitement du chancre mou. (*Wratsch*, 1894, n°s 25 et 26, p. 713 et 744.)

Jusqu'à présent l'iodoforme seul était le médicament par excellence qui amenait une guérison rapide du chancre, mais à cause de son odeur désagréable, on a cherché à le remplacer par diverses substances anti-

septiques (dermatol, eyrophène, etc.), cependant aucune d'elles n'a d'action aussi sûre et aussi rapide que l'iodoforme, tandis que la chaleur — l'auteur en est convaincu par les résultats qu'il en a obtenus — ne cède à l'iodoforme sous aucun rapport. Il s'agit seulement de l'appliquer méthodiquement et rationnellement. Ainsi on doit la faire agir pendant plusieurs heures par jour; et alors on obtient en cinq ou huit jours la guérison complète des chancres qui restaient pendant un ou deux mois rebelles à l'action de l'iodoforme.

M. Stepanoff est d'avis qu'avant de faire agir la chaleur, il faut d'abord faire un grattage et exciser les bords décollés de l'ulcère; de cette façon on éloigne les produits septiques et les tissus qui empêchent la cicatrisation; l'ulcère est ainsi transformé en une plaie simple. Rarement elle se couvrait de nouveau de détritus après trois ou quatre jours, et encore est-ce peut-être, parce que les granulations qui contiennent le virus chancreux n'ont pas été complètement enlevées. Alors on peut faire agir la chaleur qui amènera très rapidement la guérison.

L'auteur emploie ce procédé depuis deux ans et presque toujours avec succès; en outre le bubon ne s'observait plus que dans la proportion de 7 p. 100 au lieu de 20 p. 100. S. Broïdo.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Gomme et épithéliome. — Mourzine. Tumeur hybride, gomme et épithéliome de l'aile du nez. (*Bolnitsch. Gaz. Botk.*, 1894, t. V, nº 18, p. 458.)

La malade, âgée de 29 ans, a eu la syphilis il y a quatorze ans.

Il y a cinq ans, elle s'est fait arracher toutes les dents de la mâchoire supérieure qui branlaient, quoiqu'elles n'étaient pas cariées.

Jamais il n'y a eu d'écoulement quelconque par les alvéoles après l'évulsion des dents, jamais de fétidité du nez. Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, la malade est tombée et s'est fortement contusionné le nez; elle a remarqué alors, qu'elle avait des fissures dans la narine gauche. Elle entre à l'hôpital pour une tumeur de l'aile gauche du nez.

Examen à l'entrée. Aucun des groupes ganglionnaires accessibles n'est hypertrophié. La muqueuse des lèvres présente par places une hyperplasie épithéliale, de forme serpigineuse, de couleur opaline. La muqueuse de la voûte palatine et de la gencive supérieure est blanchâtre. Voix nasonnée. Dans la narine gauche le cartilage et les téguments de l'aile sont épaissis, parcheminés; cette infiltration à limites nettes, est plus prononcée au niveau du sillon naso-labial. L'aile gauche s'applique difficilement et incomplètement contre la cloison; la fente nasale gauche est diminuée de moitié, comparativement avec la droite.

La muqueuse de la narine est sèche, grisâtre, inégale, couverte de fissures. La muqueuse des cornets n'est pas modifiée.

L'olfaction est un peu affaiblie à gauche. La topographie de la lésion, l'existence de plaques limitées, fermes, élastiques, adhérentes à la peau qui est normale, l'absence de processus aigu a fait songer à un rhinosclé-

rome ; on a enlevé avec une curette quelques fragments de la muqueuse pour en faire l'examen histologique. En attendant les résultats de cet examen, on avait institué, étant donnés les antécédents, le traitement antisyphilitique. Sous son influence les plaques fermes de l'aile du nez sont devenues moins dures, plus souples, ont perdu leur consistance parcheminée ; l'application de l'aile gauche contre la cloison est devenue plus facile, la fente nasale s'est élargie un peu.

Cependant, la préparation microscopique des portions enlevées montrait nettement qu'il s'agissait d'un épithéliome.

D'après l'auteur ce cas est intéressant par le fait de la transformation d'une gomme syphilitique en un épithélioma. S. Broïdo.

Syphilis des ongles. — L. Batut. Des lésions des ongles dans la syphilis. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 7 et 14 avril 1894, p. 163 et 174.)

Dans la *syphilis acquise*, le chancre infectant peut se développer au pourtour de l'ongle ; il se reconnaît facilement à la persistance de l'ulcération, et aux adénites consécutives et occupe surtout l'index et le pouce.

Les plaques muqueuses, beaucoup plus fréquentes aux orteils qu'aux doigts, peuvent s'étendre de la commissure interdigitale des orteils jusqu'à l'ongle dont elles atteignent la matrice. L'ulcération, d'abord superficielle, devient plus profonde, fait le tour de l'ongle qu'elle finit par déchausser au moins sur un de ses côtés, le bourrelet de l'ongle rougit, s'enflamme, suppure et l'ongle mal nourri tombe, laissant à sa place une ulcération fongueuse qui guérit rapidement par le traitement spécifique. D'autres fois, la lésion primitive siège au pourtour de l'ongle, présentant le même aspect que dans la forme précédente.

Dans la syphilis secondaire, les lésions unguéales peuvent être plus silencieuses : la forme sèche de l'onyxis est caractérisée par un état craquelé de l'extrémité de l'ongle qui est fendillé, présente des séries linéaires de points noirs allant de la matrice de l'ongle à son extrémité libre, ou par le décollement de l'ongle sans formation de pus ; parfois l'extrémité de l'ongle est bombée, dure, déformée, incurvée (onyxis hypertrophique) sans réaction inflammatoire au voisinage. Il s'agit alors plutôt de troubles de nutrition et d'une perversion dans la sécrétion de la matière onychogène. Ces lésions, assez rares, peuvent atteindre un petit nombre d'ongles ou se développer sur la presque totalité des doigts et des orteils ; on les observe soit dans la phase virulente de la syphilis, soit comme seules manifestations syphilitiques, à une époque plus tardive, se plaçant entre les lésions secondaires et les lésions tertiaires. L'auteur rapporte une observation d'onyxis avec chute des ongles, survenue neuf ans après le début de la syphilis. Ces accidents n'ont donc aucune signification chronologique au point de vue de l'évolution de la syphilis ; ils n'en ont pas davantage au point de vue du pronostic, car on les rencontre aussi bien dans les syphilis graves que dans les syphilis légères, qu'elles aient ou non été rigoureusement traitées.

A la période tertiaire, on observe surtout des décollements unguéaux

avec ulcérations rebelles et récidivantes, parfois la dactylite syphilitique de Taylor, quelquefois la chute ou l'émiettement des ongles sans lésions inflammatoires.

Dans la *syphilis congénitale*, les lésions des ongles peuvent affecter les mêmes formes que dans la syphilis acquise.

L'auteur rapporte dans son mémoire six intéressantes observations de lésions unguéales de la période secondaire et deux observations de lésions unguéales dans la syphilis congénitale; dans l'une de ces dernières, il s'agit d'onyxis sec à marche rapide. GEORGES THIBIERGE.

Syphilis du larynx. — ELSENBERG. Gommes du larynx. (*Gaz. Lekarska*, 1894, nº 15 et 16).

Un malade de 19 ans entre à l'hôpital dans un état d'épuisement complet avec des gommes multiples et des phénomènes d'asphyxie par suite de compression de la trachée par des gommes du cou. La malade mourut bientôt, et l'autopsie démontra que la trachée comprimée laissait à peine passer une plume d'oie. Outre de nombreuses gommes disséminées, on en a trouvé aussi dans les deux muscles thyro-arythénoïdiens dont le droit était complètement détruit et remplacé par un amas de gommes de dimension d'une cerise. Les autres muscles du larynx étaient atrophiés.

S. BROÏDO

Syphilis de la plèvre. — ZELENEFF. Scorbut et broncho-pleuro pneumonie syphilitiques. (*Medic. Oboz.*, t. XLI, 1894, 10.)

Le malade, âgé de 22 ans, syphilitique depuis cinq mois, entre à l'hôpital militaire de Kieff, le 27 mai 1893 avec des manifestations secondaires et des râles aux poumons. Huit jours après son entrée il se plaint de toux et d'oppression et à l'examen on constate du catarrhe des grosses bronches. Le 9 juin, les gencives se ramollissent et saignent un peu. Ecchymoses multiples. Muqueuses cyanosées. Leucodermie du cou et des aisselles. Ulcères scorbutiques (?) aux jambes. Les muscles obliques de l'abdomen sont tendus et semblent être infiltrés. Rate normale. Respiration rude, vibrations thoraciques exagérées, aux sommets, quelques râles. Faiblesse générale assez notable. Deux jours après pleurésie double, crachats sanguinolents, léger mouvement fébrile.

M. Zeleneff voit le malade le 17 juin et considère les manifestations scorbutiques comme dépendant des altérations du sang sous l'influence du virus syphilitique. Malgré la fièvre (39°,5) et la lésion des deux sommets, le malade n'est pas obligé de garder le lit. Le ramollissement des gencives et les ecchymoses ont bientôt disparu. Peu de temps après, le malade a eu une épididymite double et plus tard une funiculite double. En août et septembre on lui fit trente frictions, mais la pleurésie double persista encore longtemps.

Étant donné que le scorbut s'est développé pendant le séjour du malade à l'hôpital sans qu'il y ait eu d'autres cas semblables, que l'état général était sans rapport avec les phénomènes objectifs, enfin qu'il y a eu amé-

lioration par le traitement mixte, tous ces faits semblent prouver que le scorbut dépendait directement de la syphilis. S. Broïdo.

Mal de Bright syphilitique. — A. Elsenberg. Morbus Brightii syphilitischen Ursprungs. (*Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*, t. XXVIII, p. 249.)

Nous devons à Rayer les premiers travaux sur l'inflammation syphilitique des reins; dès 1840 il a décrit des cas de ce genre. Les travaux ultérieurs de Virchow, Beer, Wagner, etc., ont jeté quelque lumière sur cette question. On trouve du reste peu de chose dans la science sur la syphilis rénale, car il est difficile de démontrer qu'une affection des reins est d'origine syphilitique; on ne pourra réellement admettre cette origine que si d'une part on peut exclure toute autre cause et de l'autre s'il existe en même temps d'autres symptômes spécifiques.

On a décrit de nombreuses variétés de syphilis rénale, mais on peut les ramener aux variétés suivantes :

1° Une albuminurie passagère, ne durant parfois que quelques jours, apparaissant au cours d'exanthèmes de la première période. Les altérations anatomiques dans les reins doivent très probablement consister en une hyperhémie des reins et un trouble de l'épithélium, comme cela a lieu dans un très grand nombre de maladies infectieuses.

2° Dans la période précoce ainsi que dans la période tardive de la syphilis, la maladie de Bright aiguë, qui ne se distingue ni cliniquement ni anatomiquement, de la même affection d'origine non syphilitique.

3° On peut dire la même chose de la maladie de Bright chronique. Cependant quelques syphiligraphes ont constaté dans les plus petits vaisseaux des reins des lésions spéciales à la syphilis (endartérite oblitérante). Lecorché et Talamon ont décrit un rein ayant subi des altérations inflammatoires au cours de la syphilis, altérations qui se traduisaient par des taches rougeâtres et jaunâtres (gros rein mou bigarré).

4° L'atrophie unilatérale ou partielle du rein qui n'a été décrite jusqu'à présent que par Weigert, Key et Wagner.

Weigert a trouvé un rein atrophié dans deux cas de syphilis et, dans les deux cas, les petits vaisseaux étaient très altérés.

Wagner a décrit six cas de ce genre. Enfin Key a observé, dans un cas, une atrophie limitée aux parties inférieures des deux reins.

5° La dégénérescence amyloïde des reins, qui accompagne d'ordinaire les formes graves invétérées de la syphilis, surtout les formes ulcéreuses étendues, les affections osseuses, articulaires, etc.

6° Enfin les gommes du rein, la variété véritablement caractéristique, dont l'origine syphilitique ne saurait être mise en doute. De nombreux auteurs ont décrit des gommes de la substance des reins. Seiler parle même de gommes de la substance rénale qui avaient été diagnostiquées pendant la vie et dont le diagnostic fut plus tard confirmé par l'autopsie. Welander conclut de ses cas et de celui de Seiler que le diagnostic d'une gomme du rein en voie de nécrose chez un syphilitique est possible, du moment qu'il survient brusquement, sans fièvre et sans douleur dans la

région rénale, de l'albuminurie avec urine sanguinolente, trouble, et avec un sédiment contenant du sang, des cylindres sanguinolents, des gouttelettes de graisse, des cellules en voie de nécrose et que ces altérations de l'urine disparaissent rapidement.

En ce qui concerne la fréquence de la syphilis rénale, on peut dire qu'il est extrêmement rare de trouver dans la syphilis des lésions des reins. Bamberger sur 2,430 autopsies de maladie de Bright n'a rencontré la syphilis comme cause présumable, que dans 49 cas (2 p. 100). Sur 100 malades Fürbringer n'a trouvé de l'albuminurie que chez 12; Welander Mez 14 seulement sur 280 malades; Schwimmer chez 3 sur 250. Ces chiffres montrent combien l'albuminurie passagère est rare et combien sont encore plus rares, au cours de la syphilis, les lésions rénales qui caractérisent la maladie de Bright, aussi est-il permis de dire que la syphilis prédispose très peu aux affections rénales.

L'auteur décrit ensuite très en détail deux cas qu'il a eu l'occasion d'observer, ces deux cas se sont terminés par la mort et ont été autopsiés.

Chez ces deux malades, les caractères cliniques du Brightisme ne se distinguaient pas de ceux de cette même affection chez des sujets non syphilitiques, sauf qu'ils se présentaient comme complications d'une syphilis ancienne. Au point de vue anatomique il y avait peut-être aussi de légères différences dans les lésions rénales. Les reins étaient le siège d'altérations que l'on rencontre d'ordinaire dans la maladie de Bright chronique, notamment dans la variété décrite sous le nom de néphrite interstitielle chronique et qui conduit à l'atrophie du rein, au rein dit granuleux.

Malgré cela, il n'y a pas lieu de nier l'existence de la maladie de Bright syphilitique. Diverses causes peuvent provoquer les mêmes altérations (abstraction faite de quelques-unes spéciales et caractéristiques pour une cause donnée) dans un organe, occasionner les mêmes symptômes dérivant de ces altérations. La syphilis est précisément l'une de ces causes. Dans certains cas elle peut provoquer des gommes, mais cela arrive rarement, le rein ne présente ni un terrain propice, ni des conditions favorables pour cette lésion. D'autre part la syphilis peut aussi déterminer dans le rein des altérations qui résultent également d'autres causes, une inflammation diffuse interstitielle. Il faut admettre que le virus syphilitique ou ses produits, en circulant dans le système vasculaire du rein ou en étant peut-être expulsés avec l'urine, irritent le tissu de l'organe et en détermine l'inflammation. Ils donnent lieu ainsi en première ligne à des lésions des vaisseaux et du tissu conjonctif interstitiel, et ces lésions qu'on regarde comme inflammatoires peuvent tenir à diverses causes. La même cause, la syphilis, peut provoquer aussi des altérations du parenchyme de l'organe, lesquelles peuvent également résulter secondairement de lésions du tissu conjonctif interstitiel. Pourtant ce ne sont pas ces conclusions hypothétiques, mais bien l'observation clinique qui nous renseigne sur l'existence d'une néphrite d'origine syphilitique. Dans la période secondaire de la syphilis, la première éruption s'accompagne parfois d'albuminurie, voire même de tous les symptômes d'une néphrite diffuse aiguë. Sous l'influence du traitement spécifique, l'albuminurie et les phénomènes indiquant la présence d'une néphrite dis-

paraissent en même temps que l'exanthème et les produits et symptômes analogues de la syphilis ; c'est seulement dans des cas rares que la néphrite persiste encore un certain temps après la régression des produits et symptômes syphilitiques. A. DOYON.

Syphilis du système nerveux. — MATZOKINE. Deux cas de syphilis cérébrale précoce. (*Rous. Medicina*, 1894, n° 24, p. 390.)

L'auteur publie deux observations de syphilis cérébrale développée au cours et à la fin de la première année. Chez l'un des malades elle s'est traduite par une hémiplégie complète avec aphasie, un état comateux, des troubles sphinctériens; l'accident initial remonte à un an ; mais ces accidents cérébraux ont débuté il y a deux mois. Chez l'autre malade s'est développée aussi une hémiplégie, mais sans troubles de la parole, huit mois après le chancre. Dans les deux cas le mercure, d'abord sous forme de frictions, puis en injections (cyanure) a amené la guérison complète.

S. BROÏDO.

Syphilis du système nerveux. — Professeur KOWALEWSKI. Troubles fonctionnels du système nerveux dans la syphilis. (*Sborn. prof. Obolenski*, 1893.)

L'auteur étudie avec détails les modifications fonctionnelles du système nerveux en rapport avec des manifestations nerveuses diverses : hystérie, épilepsie, asthme, etc., le tout amené par la syphilis cérébrale. Les conditions de ces modifications sont : l'altération morphologique du sang et des tissus sous l'influence du traitement antisyphilitique, altération des parois vasculaires provoquée par le processus pathologique de leurs tuniques, modification de la structure des éléments nerveux sous l'influence du virus syphilitique. Les faits cliniques et les travaux de nombreux auteurs démontrent péremptoirement que c'est surtout grâce à ces conditions que la syphilis cérébrale peut donner lieu à des névroses fonctionnelles. L'auteur a surtout étudié quatre formes de ces névroses : neurasthénie, hystérie, chorée, angine de poitrine.

I. — La neurasthénie syphilitique présente quatre variétés :

1) Neurasthénie syphilitique héréditaire ou congénitale.

2) Neurasthénie syphilitique par suite de syphilis acquise.

3) Neurasthénie syphilitique par épuisement de l'organisme, par suite du traitement spécifique trop énergique et enfin

4) Neurasthénie syphilitique psycho-traumatique développée sous l'influence de la souffrance morale qu'amène l'idée de l'infection syphilitique.

II. — Quant à l'hystérie, M. Kowalewski a décrit deux formes : l'hystérie syphilitique proprement dite et l'hystérie toxique ou mercurielle ; il cite, en outre, un cas d'hystérie développé chez un syphilitique héréditaire.

III. — L'auteur pense que la syphilis congénitale joue un rôle incontestable dans le développement de la chorée. A l'appui de cette hypothèse, il cite l'histoire d'une famille où la chorée s'est développée chez les enfants un syphilitique.

IV. — Enfin, par la modification qu'elle peut amener dans les parois du cœur, dans les vaisseaux ou les nerfs cardiaques, la syphilis peut être la cause d'angine de poitrine. Tel est le cas d'angor pectoris, publié par le professeur Obolenski et guéri par le traitement antisyphilitique.

Toutes ces données permettent les conclusions suivantes :

1) La syphilis cérébrale peut donner lieu à des tableaux cliniques de maladies qu'on croyait jusqu'ici fonctionnelles ; telles sont la neurasthénie, l'hystérie, la chorée, etc. ; 2) ces troubles fonctionnels peuvent exister aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire ; 3) la syphilis congénitale occupe une place importante parmi les facteurs qui donnent lieu à une dégénérescence physique et psychique ; 4) pour établir les manifestations de dégénérescence, il faut d'abord établir la source et les facteurs de cette dégénérescence ; 5) la connaissance de la source peut servir d'indication pour le pronostic et la thérapeutique ; 6) la dégénérescence d'origine syphilitique doit nettement être séparée des autres, car elle a une thérapeutique spécifique, et le plus souvent, un pronostic plus favorable. S. Broido.

Syphilis du système nerveux. — A. Popof. Myélite syphilitique et démence. (*Rous. Medic.*, 1893, 51.)

Un homme de 48 ans, valet de chambre, est entré dans le service du professeur Kovaleski en septembre 1893. Dans ses antécédents on trouve un peu d'éthylisme, de la malaria, des excès vénériens; ses trois enfants sont morts en bas âge, dont un avec des phénomènes cérébraux.

Il y a trois ans, pendant qu'il faisait des frictions mercurielles à son maître, s'est développée une éruption papuleuse miliaire, non prurigineuse, disparue au bout d'un mois. En février 1893, à la suite d'un excès de boisson,il eut de la rétention d'urine; le lendemain douleurs lombaires, parésie de la jambe droite et constipation. Huit jours après, tantôt difficulté d'émettre l'urine, tantôt besoin impérieux ou bien anesthésie uréthrale; impotence, parfois incontinence des matières fécales. La parésie augmentait de plus en plus. Sous l'influence du traitement mixte durant deux mois et demi, tous les phénomènes s'amendèrent; puis de nouveau, retour des troubles sphinctériens, génitaux et de la marche. C'est alors qu'il entre dans le service de M. Kovalewski.

A l'examen on constate une diminution de la sensibilité thermique et à la douleur avec intégrité de la sensibilité tactile ; exagération des réflexes rotulien et plantaire, abolition des réflexe crémastérien et abdominal. Rien du côté dos organes des sens, ni des viscères thoraco-abdominaux. Le testicule gauche est très augmenté de volume, ferme et très douloureux. Troubles divers de la miction. La démarche (d'après la description de l'auteur) ressemble complètement à la démarche de Todd. Légère rigidité des membres inférieurs. Signe de Romberg peu prononcé. Les mouvements de tout le corps sont brusques, inhabiles et amènent la chute.

La perception des impressions et leur transmission sont affaiblies. Pas d'hallucinations. Le malade est indifférent à tout ce qui l'entoure; il doit faire des efforts pour répondre. L'association des idées semble normale.

Affaiblissement notable de la mémoire, le malade ne se rappelle plus les dates, confond les années. Les jugements et conclusions manquent de logique. L'humeur est indifférente, le sens moral ne semble pas atteint. Le malade ne s'occupe de rien. M. Popoff insiste sur la combinaison des signes d'une myélite syphilitique avec ceux d'une démence syphilitique primaire.

Après trois semaines de traitement spécifique, les troubles cérébraux et médullaires ont notablement diminués. S. Broïdo.

Traitement antisyphilitique précoce. — A. Deutsch. Der Einfluss der frühzeitigen Behandlung auf das Nervensystem. (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, t. XXVIII, p. 223.)

De l'ensemble des cas observés par l'auteur, il résulte que des lésions du système nerveux se sont survenues chez des syphilitiques traités par le mercure, mais seulement après l'apparition des accidents secondaires. Ce fait s'explique, par une moindre résistance de l'individu, produite par le virus syphilitique quand le traitement est institué tardivement.

L'auteur n'a pas constaté de lésions du système nerveux chez les malades soumis de bonne heure au traitement spécifique, et par suite on n'a pas observé dans ces cas d'action nocive de ce traitement sur le système nerveux.

Il a vu que, pendant l'éruption de la syphilis secondaire, le système nerveux est souvent atteint. L'institution d'un traitement précoce paraît donc empêcher l'apparition d'accidents nerveux. D'après ses recherches portant exclusivement sur cette question, le traitement mercuriel précoce n'exerce absolument aucune influence nocive sur le système nerveux. Ceci semblerait indiquer que le virus syphilitique est neutralisé par le mercure employé de bonne heure, que le traitement spécifique précoce empêche la diminution du pouvoir de résistance des tissus et aussi du système nerveux.

Dans la période tardive de la syphilis, on voit également que les malades traités d'une manière précoce ne présentent aucune altération du système nerveux, tandis que chez ceux soumis tardivement à la médication antisyphilitique, on a constaté des troubles nerveux, bien qu'uniquement fonctionnels. Les modifications de l'appareil nerveux, comme Deutsch l'a souvent remarqué, étaient de nature fonctionnelle occasionnées par une hyperhémie du système nerveux cérébro-spinal. Il était impossible de les considérer comme des lésions organiques du tissu nerveux.

Tels sont les résultats de ses observations. Ils démontrent que le traitement précoce offre toute garantie au point de vue de son action favorable ; en effet, tandis qu'avec un traitement tardif, il se produit des altérations qui, bien que de nature fonctionnelle, prédisposent le système nerveux à des lésions organiques éventuelles, un traitement précoce, comme le montrent les observations ci-dessus, empêche ces accidents fâcheux.

Par conséquent, dans les cas de tabes dont la syphilis est incontestablement la cause, on peut incriminer le traitement tardif ou retardé (späte oder verspätete), mais jamais le traitement prématuré.

A. Doyon.

Injections mercurielles. — P. Colombini. Del valore delle iniezione endovenose di sublimato corrosivo nella cura della sifilide. (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, 1893.)

Colombini a fait, chez 28 syphilitiques du service de Barduzzi, des injections intraveineuses de sublimé : il a employé des solutions au 1000e et au 500e dans l'eau distillée et stérilisée additionnée de 4 gr. de chlorure de sodium par litre et a injecté à la fois des doses variant de 1 à 5 milligrammes Sur un nombre total de 492 injections il n'a observé ni accidents locaux ni accidents généraux : un pareil résultat ne peut être obtenu qu'en prenant les précautions aseptiques les plus minutieuses. Il considère cette méthode comme moins efficace que la méthode de Scarenzio en raison de la rapidité avec laquelle le mercure s'élimine et des doses plus faibles qui peuvent être employées. Georges Thibierge.

Action du mercure sur le sang. — Zeleneff. Influence du mercure sur la morphologie du sang des syphilitiques et en dehors de la syphilis. (*Medic. Oboz.*, 1894, n° 10, p. 961.)

Les rapports entre les manifestations cutanées et les lésions viscérales et du système nerveux dans la syphilis deviennent de plus en plus probables. La vitalité de tous nos organes dépend de l'intégrité plus ou moins parfaite d'un de ses tissus les plus importants, le sang. On comprend dès lors tout l'intérêt que présente l'étude des modifications subies par ce tissu dans la lutte qu'il soutient contre le virus syphilitique. Un grand nombre d'auteurs se sont déjà occupés de cette étude, mais ils sont arrivés à des conclusions contradictoires. M. Zeleneff attribue ces contradictions à un manque de systématisation dans leurs procédés d'examen et au faible chiffre d'examens de sang faits ; en outre on n'examinait pas le sang des syphilitiques par période de syphilis.

Aussi M. Zeleneff a-t-il entrepris, sur l'initiative et dans le service de M. le professeur Stoukowenkoff, des recherches sur le sang des syphilitiques, et a conduit ces recherches de façon à être à l'abri de tous ces reproches.

Il se servait pendant tout le temps des expériences des mêmes appareils, après en avoir vérifié la sûreté; le sang était pris chaque jour et à la même heure; on choisissait des individus n'ayant, en dehors de la syphilis, aucune autre affection.

L'auteur faisait ses recherches sur le sang, 1) pendant la période de la seconde incubation (?), 2) pendant la période secondaire, et 3) pendant le traitement mercuriel. Il a fait 363 analyses de sang chez 6 syphilitiques pendant la seconde incubation et l'éruption, non traités par le mercure; 691 analyses chez 11 malades traités par les injections de benzoate de mercure (introduit dans la thérapeutique syphilitique par le professeur Stoukowenkoff); 202 analyses chez 3 syphilitiques traités par l'oxyde jaune de mercure à hautes doses. En outre, plusieurs analyses ont été faites dans 2 cas de syphilis maligne, 2 cas de syphilis latente et dans 1 cas de syphilide tuberculeuse. Les résultats de ces analyses peuvent être résumés de la façon suivante :

1) Pendant la période de la seconde infection, longtemps (environ vingt

jours) avant la roséole, la quantité de l'oxyhémoglobine, des hématies et des leucocytes se modifie. D'abord, ce sont les leucocytes qui augmentent, puis le taux d'oxyhémoglobine s'abaisse, enfin les hématies diminuent de nombre.

2) Le maximum de ces modifications est atteint pendant l'éruption des syphilides : l'oxyhémoglobine diminue de 4 à 6 p. 100; ce chiffre persiste pendant toute la durée de l'éruption ou bien tombe encore pendant l'efflorescence et l'exacerbation des syphilides, et parfois jusqu'au moment du traitement. Au moment de leur atrophie sa quantité s'élève, pour tomber bientôt de nouveau, sans qu'il y ait des manifestations spécifiques. Dans les manifestations récidivant après une éruption traitée, l'oxyhémoglobine et les hématies diminuaient de nouveau.

L'augmentation du nombre des leucocytes s'observait même avant les adénites; leur chiffre est peu modifié pendant le ralentissement des manifestations syphilitiques.

Toutes ces modifications du sang étaient plus accusées au moment des accès fébriles de l'incubation et de l'exacerbation de l'éruption.

(Actuellement M. Zeleneff étudie les modifications qualificatives des éléments morphologiques du sang chez les syphilitiques). M. Zeleneff a aussi étudié les modifications du sang sous l'influence des injections quotidiennes de mercure (il croit être le premier à les avoir étudiées de cette façon). Déjà six à sept heures après la première injection de benzoate de mercure il a constaté une augmentation de l'hémoglobine et des hématies, et une diminution des leucocytes. Pendant les 15 premières injections les éléments augmentent ou oscillent autour de la normale. Ensuite il y a inversion de proportion : les hématies et l'oxyhémoglobine diminuent et les leucocytes augmentent; six à huit jours après la cessation des injections, les leucocytes deviennent très nombreux, les hématies et l'hémoglobine diminuent très notablement.

Dans les injections de l'oxyde jaune (en suspension), à hautes doses, le nombre des leucocytes diminuait après quelques oscillations, les hématies augmentaient après la première injection, diminuaient après la deuxième et revenaient au chiffre précédent après la troisième injection.

Quant à l'influence du mercure, M. Zeleneff l'explique : 1) par son action directe sur le sang, 2) par son action diurétique, et 3) par son influence sur le système nerveux. Son influence directe est démontrée par les expériences du professeur Polotebnoff, de Schoumowski, Doubelir et d'autres. Le rôle diurétique des sels de mercure est, pour M. Zeleneff, douteux (sauf pour le calomel).

Reste à expliquer l'action du mercure sur le système nerveux. Les troubles nerveux de l'hydrargyrisme prouvent que le mercure est un poison du système nerveux. L'auteur a également démontré l'action du mercure (en injections) sur le centre thermogène (?). D'autre part, les modifications hématiques dans la syphilis ressemblent bien à celles de la chlorose, et le professeur Botkine admettait dans cette dernière affection une action particulière des centres nerveux sur le sang. Dans l'hystérie, l'épilepsie, les psychoses, etc., il y a également diminution d'hémoglobine et des hématies. Si on compare tous ces faits et si on songe que pendant ce stade roséolique on constate les mêmes phénomènes subjectifs que dans

la chlorose, il devient évident que le virus syphilitique a non seulement une action directe sur le sang, mais aussi sur les centres nerveux.

On comprend dès lors l'action du mercure sur le sang des syphilitiques : l'amélioration rapide sous son influence est due à son action sur les centres nerveux qui peuvent très rapidement modifier l'état du sang. Le mercure détruit le virus à la fois dans le sang et dans les centres nerveux. Mais il arrive un moment où l'intoxication hydrargyrique vient se faire sentir, et ajouter ses effets à ceux de l'intoxication syphilitique. Il faut alors suspendre le traitement mercuriel afin d'éviter l'accoutumance, mais pour reconnaître le moment exact où cette suspension devient nécessaire, l'examen du sang s'impose. S. Broïdo.

Syphilis au point de vue social. — R. Ledermann. Die Syphilis im wirtschaftlichen Leben. (Tirage à part de la *Mediz. central-Zeitung.*, 1893.)

L'auteur a puisé les premiers éléments de son travail dans un mémoire de Töply, médecin militaire autrichien : *Ueber die venerischen Krankheiten in der Armee.* De cette étude il ressort que, à Vienne, en 1866 et 1867, le nombre des conscrits atteints de maladies vénériennes etait des deux tiers, en 1872, de 25 p. 100 et en 1873, de 35 p. 100 de tous ceux examinés. En Autriche, sur 100,000 conscrits, 33 sont renvoyés annuellement comme impropres au service militaire par suite de maladies vénériennes. De 1870 à 1885 il y en eut même 55 chaque année dans la partie occidentale de l'empire ; dans la partie orientale, 124,5 sur 100,000 furent déclarés impropres au service militaire en raison de la syphilis. D'où il résulte que le nombre des malades augmente à mesure qu'on s'avance vers l'Orient.

Relativement aux hommes sous les armes, en Autriche, de 1870 à 1885, sur 1,000 hommes 69,4 furent atteints annuellement de maladies vénériennes et sur 1,000 malades il y avait 48,4 vénériens. D'après la marche actuelle, Töply pense qu'à la fin du siècle, dans l'armée autrichienne, il y aura un vénérien sur 10 malades.

Bien que le danger soit plus grand et les occasions plus fréquentes dans les agglomérations urbaines, les maladies vénériennes sont plus nombreuses dans les garnisons de province, ce que Töply attribue avec raison au défaut de mesures de police sanitaire.

Dans les lazarets militaires, en Autriche, près d'un tiers des cas d'affections vénériennes sont syphilitiques ; les chancres mous vont en diminuant et la blennorrhagie augmente d'une manière constante.

En Allemagne, d'après Töply, les maladies vénériennes en général et la syphilis constitutionnelle en particulier ne trouvent pas un terrain favorable dans le noyau de l'armée allemande ; elles vont en augmentan vers les frontières. Dans la garnison de Berlin, en 1873-1874, les maladies vénériennes étaient une fois et demie aussi fréquentes que dans le reste de l'armée. Relativement aux divers États allemands, Töply remarque que les affections blennorrhagiques prédominent dans les armées prussienne et saxonne, les lésions chancreuses dans l'armée bavaroise, la syphilis dans l'armée autrichienne.

Pendant la guerre de 1870-1871, le nombre des maladies vénériennes n'était pas considérable, mais il augmente rapidement avec la durée de la

guerre. Sur 23,606 malades, admis dans les lazarets jusqu'à fin juin 1871, il y avait 2,068 vénériens, soit près de 9 p. 100 de tous les malades.

Dans la marine, le nombre des maladies vénériennes est quatre fois plus considérable que dans l'armée de terre. Si on considère que dans la plupart des armées, 50 à 100 hommes sont atteints annuellement de maladies vénériennes, et que le nombre des tués et blessés à la guerre dans le dernier siècle est en moyenne de 79,4 sur 1,000, il en résulterait qu'une armée qui soutiendrait un combat par an perdrait à peine autant d'hommes tués et blessés, qu'il lui en est enlevé chaque année par infection vénérienne. Les armées courent donc le même danger annuellement du fait des affections vénériennes que de celui d'une guerre. Pour les armées des quatre grands États de l'Europe, il y a constamment 72,000 hommes atteints de maladies vénériennes et incapables de travail, soit une perte de travail de 6 unités sur 1,000.

L'auteur examine ensuite ce qui se passe dans la vie civile : outre la réglementation de la prostitution, il demande l'internement dans des hôpitaux, comme on le fait des prostituées, des syphilitiques jusqu'à ce qu'ils ne fassent plus courir de danger à la santé publique. Il est vrai qu'il y a là une violation de la liberté individuelle. Ledermann est d'avis qu'il serait nécessaire de modifier d'une façon restrictive la loi dans ce sens. S'il est triste que des milliers de femmes tombées à l'état de parias par suite de misère ou d'inexpérience, ou de dégénérescence psychique héréditaire, soient infectées par leurs clients, combien plus triste encore est le sort d'innombrables jeunes filles et femmes innocentes qui acquièrent, en se mariant ou au cours du mariage, la syphilis. Un grand nombre d'hommes insuffisamment guéris se marient, souvent malgré les avis pressants du médecin, et l'infection a lieu en même temps que la rupture de l'hymen. L'ouvrage de Fournier montre avec une vérité effrayante la brutale réalité. L'auteur énumère tous les malheurs qui sont la conséquence du secret professionnel, ils sont bien connus — inutile de les rappeler ici. Aussi les symptômes tertiaires les plus graves ne s'observent pas chez l'homme, mais chez la femme dont le traitement est nécessairement moins énergique.

La syphilis héréditaire des nouveau-nés est un facteur qui n'est pas non plus à dédaigner, c'est l'une des causes principales de la mortalité des nourrissons. La mortalité est des deux tiers d'après Zeissl, de 99 p. 100 d'après Widerhofer, de 83 p. 100 d'après Fournier, de 50 p.100 d'après Hochsinger. De plus, un enfant né syphilitique est un foyer d'infection au sein de la famille. On connaît les ravages exercés par des nourrissons syphilitiques donnés à des nourrices saines. Ces accidents montrent la nécessité d'une réforme de l'hygiène des nourrices pour les protéger elles-mêmes, ainsi que les nourrissons et leurs familles.

L'auteur examine ensuite l'infection extragénitale — *lues insontium* — qui souvent n'est pas reconnue ou l'est trop tard et par suite imparfaitement traitée. Les lèvres, la bouche sont, comme on le sait, les sièges de prédilection.

Ledermann passe en revue les circonstances dans lesquelles la contagion peut se produire dans ces régions. Il rappelle ensuite les infections des doigts chez les médecins et les sages-femmes, celles observées à la

suite du tatouage, de la vaccination, de la circoncision et de l'emploi du rasoir. Dans certaines professions la syphilis atteint une proportion considérable et il s'agit précisément de personnes en contact intime avec le public, garçons et servantes d'auberges, coiffeurs.

Pour améliorer cette situation l'auteur propose de répandre le plus possible la connaissance de la nature et du danger d'infection de la syphilis; de guérir le plus grand nombre possible de malades par un traitement rationnel et tarir ainsi les sources d'infection. Mais, par suite des règlements défectueux qui existent encore dans les hôpitaux, on entretient dans le public l'idée que la syphilis est une maladie secrète, on détourne beaucoup de malades de se faire traiter, on les jette ainsi dans les bras des charlatans.

Il ne faut pas oublier les conditions déplorables de beaucoup de malades assistés, la promiscuité dans les mêmes lits, souvent avec des enfants, les nombreuses voies de propagation dans les ateliers, et on reconnaîtra la nécessité du traitement hospitalier, ne fût-ce qu'au point de vue prophylactique. Il faut donner à tout syphilitique la possibilité de se faire traiter dans un établissement fermé; les caisses de malades ont le devoir d'assimiler complètement les syphilitiques aux autres malades.

L'auteur termine son mémoire par quelques considérations sur la manière dont on doit traiter un syphilitique, il est partisan du traitement successif et intermittent de Fournier. A. Doyon.

Prophylaxie. — Mme Cholevinskaïa. Inspection des prostituées à la foire de Nijni Novgorod pendant l'année 1893. (*Wratsch*, 1894, n° 17, p. 487.)

Il existe à la foire (qui dure officiellement du 15 juillet au 7 septembre) un hôpital temporaire spécialement affecté aux maladies vénériennes. Le nombre de filles publiques (au moment de la foire elles y arrivent de tous les points de Russie) inscrites en 1893 au service d'inspection était de 805; chacune d'elles est visitée deux fois par semaine; le nombre total des visites pendant ces six et sept semaines était de 6.525, c'est-à-dire 210 par jour en moyenne.

Mme Cholevinskaïa emploie, pour l'examen de la gorge, de préférence un abaisse-langue en bois qui ne sert qu'à un seul examen et qu'on jette après.

Sur les 805 prostituées il y avait 119 syphilitiques dont 64 à la première visite, c'est-à-dire dès leur inscription; le plus grand nombre des malades étaient à la période condylomateuse, et on peut dire, d'une façon générale, qu'à la foire les prostituées *donnent la syphilis beaucoup plus souvent qu'elles ne la prennent.* Quant au *chancre mou, il y en avait en tout* 47 — *le nombre de femmes qui s'en infectent est à peu près égal à celui de femmes qui en avaient déjà à leur arrivée.*

Le danger de la foire au point de vue de la santé publique est donc très grand.

Les règlements de police sont les suivants: à l'arrivée chaque prostituée doit s'inscrire à la police qui l'envoie immédiatement au service d'inspection où elle est soumise à la visite.

Dans ce service elle reçoit un livret avec sa photographie, qui empêche à une bien portante de remplacer à la visite une malade ; à chaque visite (c'est-à-dire deux fois par semaine) on note dans le livret l'état de santé; si le médecin constate une manifestation spécifique, la malade est envoyée à l'hôpital temporaire et la maladie est indiquée dans le livret.

En quittant la foire, la prostituée subit la dernière visite et si elle n'est pas malade elle reprend son passeport (1) qu'elle dépose en échange du livret; si elle est spécifique elle est envoyée à l'hôpital de la ville. Si tous ces règlements étaient rigoureusement remplis, la propagation de la syphilis ne serait peut-être pas aussi grande. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et la faute en est à la police dont la surveillance laisse beaucoup à désirer. S. Broïdo

---

Souscription pour élever un monument à Daniel Danielssen.

Le grand médecin et observateur qui pendant 50 ans déploya son activité à Bergen et qui occupa certainement la première place parmi les auteurs qui nous ont le mieux fait connaître la lèpre, est mort à l'âge de 79 ans. Son ouvrage, en collaboration avc C. W. Bœck, *Om Spedalsked*, est notre patrimoine ; son action bienfaisante, dans l'hôpital de Lungegaard et pour les lépreux de son pays, doit nous servir d'exemple. Le nom de Daniel Danielssen vivra toujours dans le monde scientifique. Le meilleur témoignage de l'estime en laquelle il était tenu serait que les médecins de toutes les nations se groupent dans une action commune pour lui élever un monument.

On peut verser les souscriptions chez tous les membres du comité.

MM. E. Besnier, Paris, 59, boulevard Malesherbes ; R. Campana, Rome ; A. Doyon, Uriage-Isère ; H. Hallopeau, Paris, 91, boulevard Malesherbes ; A. Haslund, Copenhagen ; James N. Hyde, Chicago ; L. Jullien, Paris, 12, chaussée d'Antin ; E. Kromayer, Halle a S., Forsterstrasse 2 ; G. Lewin, Berlin, Roonstrasse, 8 ; J. Neumann, Wien I, 29 Rothenthurmstrasse ; D. van Haren Noman, Amsterdam ; O. von Petersen, St-Petersburg ; G. Riehl, Wien I, Bellariastrasse 12 ; E. Schwimmer, Budapest, Josefsplatz 11 ; P. G. Unna, Hamburg ; A. Wolff, Strassburg, Vogesenstr, 22 ; C. Boeck, Christiania ; J. Caspary, Königsberg, Theaterstr. 40 a. ; E. von During, Constantinople ; G. Armauer Hansen, Bergen ; V. Janovski, Prag, Palackystrasse 7 ; M. Kaposi, Wien IX, Alserstrasse 28 ; O. Lassar, Berlin, Karlstrasse 19 ; A. Neisser, Breslau, Museumstrasse 11 ; E. Oedmansson, Stockholm ; J. J. Pringle, London, 23, Lower, Seymour Street, Portman Square W ; E. Schiff, Wien I, Wallfischgasse, 6 ; G. Thibierge, Paris, 7, rue de Surène ; E. Welander, Stockholm ; J. Zeisler, Chicago, 125, State 81.

(1) Sans passeport personne ne peut rester en aucune ville de Russie.

Le Gérant : G. Masson.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



J. ROLLET

1824-1894

Suivant une brumeuse légende, les Sarrazins ont jadis occupé le pays bugiste, et le nom Ain serait tiré de leur langue, du mot aïn, source. Quand un pays a produit des savants comme Lalande, Bichat, Récamier, Richerand, Robin, des héros comme Joubert et Baudin,

il n'est pas défendu au poète de rêver, et d'interroger, s'adressant à la jolie rivière qui le parcourt :

> Peut-être de Bagdad venue avec le More
> La fée apporta-t-elle un rayon du Levant,
> Celui qui sur tes bords réchauffe et fait éclore
> L'artiste et le savant.
>
> Et ne dirait-on pas qu'une même étincelle
> A jailli sur eux tous, depuis qu'en souriant
> La marraine nous fit cadeau d'une parcelle
> Du soleil d'Orient ?

Ces vers sont de Rollet, Messieurs. Il les écrivit au soir de sa vie, comblé de gloire et d'honneurs, quand il eut le temps de penser à la poésie. En célébrant les illustres du coin de terre natal, il avait conscience que sa place serait marquée parmi les plus purs et les plus grands. Et si, prêt à toucher les sombres bords, il lui a plu de se tourner vers les horizons de lumière, nous aimons à noter cette manifestation d'une des plus claires intelligences de notre temps.

Joseph Rollet naquit à Lagnieu, petite ville du Bugey, le 24 novembre 1824. Il fit ses classes au Lycée de Lyon, où il remporta le prix d'honneur en rhétorique.

En 1842 il commence les études médicales à la vieille école de cette ville, qu'il abandonne au bout d'un an pour venir concourir à l'externat des hôpitaux de Paris où il est reçu quatrième. Un an plus tard il arrive à l'internat (promotion 1845), en même temps que Follin et Lasègue, un an après Gubler, un an avant Verneuil. Attaché successivement aux services de Bérard à Saint-Antoine et de Laugier à Beaujon, nous le voyons à la Pitié en 1847 avec Lisfranc, au moment où ce chirurgien succomba aux atteintes d'une angine couenneuse. En 1848, aux journées de juin, il se distingue par son zèle à secourir les blessés, et le ministère de l'intérieur décerne une médaille d'honneur « Au citoyen Rollet, interne en chirurgie ».

Cette prédilection pour la chirurgie ne l'avait point empêché de suivre, comme tout le monde, les leçons de Ricord, alors dans tout l'éclat de sa renommée. « C'est à cet renseignement que nous avons tous été formés, mes contemporains et moi, écrivait-il plus tard, à une époque où, pour ma part, j'étais loin de prévoir que j'aurais à en éprouver le fort et le faible dans la pratique d'un grand hôpital. » C'est qu'en effet Rollet avait le dessin arrêté d'affronter les concours des majorats lyonnais, et l'espérance d'arriver à l'Hôtel-Dieu, qui fut toujours le but des plus hautes convoitises.

Ces majorats visaient alors très distinctement l'une des trois branches suivantes : grande chirurgie, pour l'Hôtel-Dieu, chirurgie des

enfants et accouchements pour la Charité, dermato-syphilographie pour l'Antiquaille; et l'élite des jeunes se présentait à tour de rôle à ces redoutables épreuves. On en cite, et non des moins illustres, qui n'arrivèrent qu'au troisième concours, ayant parcouru le cycle entier. C'est dire assez quelle multiplicité de connaissances ils surent acquérir, et quelle vaste compétence mettre au service d'une immense pratique. A peine son internat terminé, Rollet passe sa thèse *sur les hémorrhagies traumatiques de l'intérieur du crâne*, puis revient à Lyon, et prend part au concours de l'Hôtel-Dieu ; mais la fortune lui fut contraire. Il échoua contre un redoutable adversaire, Desgranges, qui devait porter haut par son habileté et par son enseignement, l'éclat de la chirurgie antélistérienne, et donner à l'heure des pratiques rénovatrices, le spectacle d'une retraite héroïque, estimant qu'il fallait céder aux hommes nouveaux la mise en œuvre des idées nouvelles.

Deux ans plus tard, le hasard voulait qu'il fallût pourvoir l'Antiquaille, pour fournir un remplaçant au laborieux Rodet, et cette fois Rollet fut nommé major.

C'était en 1850. Il devait entrer en fonctions en 1855, et se retirer en 1864 ; encore les trois premières années furent-elles consacrées au service des teigneux. L'œuvre que nous admirons fut donc accomplie en fort peu d'années par un homme que ses études antérieures semblaient n'avoir préparé qu'aux problèmes de la pathologie externe et de la médecine opératoire. Et la preuve, c'est que l'analyse de cette œuvre se trouve tout entière dans le discours intitulé : *Coup d'œil rétrospectif sur la syphilis et les maladies de la peau*, prononcé par le chirurgien sortant, au moment de résigner ses fonctions, pour les transmettre à son jeune successeur, en qui nous saluons aujourd'hui le très digne et très aimé professeur Gailleton.

Grâce à cette heureuse coutume rappelant les écrits en lesquels, pour se justifier d'accusations réelles ou fictives, nos anciens exposaient leurs actes et développaient leur pratique, tel Ambroise Paré écrivant son admirable apologie, nous allons pouvoir suivre la pensée directrice de cette carrière hospitalière si courte et si remplie.

Au moment où Rollet prit possession de l'Antiquaille, on n'était fixé ni sur la nature, ni sur le nombre des maladies vénériennes. La blennorrhagie avait seule son individualité reconnue grâce aux preuves cliniques et historiques de Bell, aux expériences de Hernandez et aux inoculations multipliées par Ricord. Mais ces inoculations mêmes, après avoir servi la doctrine, allaient en devenir l'écueil. On inoculait le pus d'un chancre simple qui donnait la pustule ; on répétait vainement cette expérience avec celui de la blennorrhagie, et l'école du Midi s'écriait : Vous voyez bien que la blennorrhagie est différente de la syphilis. En réalité, la syphilis n'était pas en cause,

et, comme le fit judicieusement remarquer le chirurgien lyonnais, une telle épreuve aurait dû tourner en faveur de l'identité si la lancette eût rencontré la sécrétion du chancre infectant. Aussi, quand, faisant du chancre larvé le pivot de sa théorie, Ricord vint dire que les prétendues blennorrhagies syphilitiques étaient celles qui fournissaient le pus inoculable au porteur, Rollet se leva pour répliquer que le dogme de la non-identité avait d'autres bases que la réinoculation sous-épidermique, et qu'une pareille expérience n'était bonne qu'à différencier la blennorrhagie du chancre simple. Il avait entrevu la pure vérité, et qui nous paraît si claire aujourd'hui, si fondamentale, que nous avons peine à nous figurer qu'elle date seulement de 1860.

L'ancienne unité syphilitique était brisée. Fallait-il en distraire encore autre chose, et parmi les chancres par exemple, y en avait-il qui ne fussent pas syphilitiques ? Bassereau venait de le soutenir et de faire jaillir de l'histoire et de la clinique la source vive où la syphiligraphie allait se retremper. Mais, l'histoire n'était fouillée que dans le lointain passé des grandes endémo-épidémies qui avaient eu pour commentateurs, après Aloysius Luisinus, Hensler, Gruner et Astruc, que le chirurgien de l'Antiquaille appelait avec tant de bonheur les bénédictins de la syphilis, et la clinique se heurtait encore à des exceptions inexpliquées qui faisaient considérer la dualité chancreuse comme une innovation paradoxale et dangereuse.

Rollet compléta l'œuvre commencée à ces deux points de vue.

En puisant dans la période contemporaine ou quasi-contemporaine des documents aussi précieux qu'inexplorés, il fit voir que si d'habitude les maladies vénériennes vivent côte à côte, enchevêtrées, réunies dans nos grands centres de population, il peut leur arriver accidentellement de se séparer les unes des autres, de s'isoler, et de former des endémo-épidémies où chacune d'elles se rencontre seule avec ses caractères individuels. Tel est le point de vue nouveau auquel nous devons les *Recherches sur plusieurs maladies de la peau réputées rares ou exotiques qu'il convient de rattacher à la syphilis*. Pour la première fois, nous y voyons envisagées sous leur jour véritable, les maladies décrites sous les noms de mal de Sainte-Euphémie, Pian de Nérac, maladie de Chavanne Lure, mal de Brunn, Scherlievo, Facaldine, Sibbens, Radesyge, Mal de la baie de Saint-Paul, Boutons d'Amboise, Pian, Yaws, Framboesia. Ces fléaux qui sévissent dans des contrées, si nombreuses et si étendues qu'elles forment une bonne partie du monde, ne sont pas autre chose en effet que la syphilis, mais la syphilis vraie, la syphilis seule, privée de ses deux accolytes habituels, la blennorrhagie, le chancre simple, et le dérivé de ce dernier, le bubon chancreux. Ainsi se trouvait consolidé et agrandi l'édifice de la pluralité des maladies vénériennes, et partant de la dualité chancreuse, en même temps que dans ce beau

livre, Rollet imposait un nouveau chapitre aux écrivains de la syphilis, celui de la géographie médicale ou distribution géographique de la syphilis, aujourd'hui devenu d'une étude si féconde.

Restait à donner l'explication des cas qui semblaient échapper aux conséquences de la théorie nouvelle. C'étaient, on se le rappelle, les chancres à la fois inoculables au porteur et suivis de syphilis. A la suite de Clerc, une laborieuse phalange d'expérimentateurs venait d'établir le principe de la non inoculabilité du chancre infectant soit au porteur, soit à un sujet syphilitique, mais, dans 6 cas sur 100 en moyenne, la règle souffrait une exception. En science, il n'y a pas d'exception. Le phénomène naturel obéit à des lois qui ne nous semblent violées ou suspendues que parce que nous ne les connaissons qu'à demi. Ainsi raisonna Rollet, estimant que ces six résultats positifs devaient tenir à une cause particulière, et que la réinoculabilité du chancre induré était peut-être une propriété d'emprunt. Avec quel éclat il en poursuivit la démonstration, quelle force de logique, quelle abondance d'arguments il mit au service de sa lumineuse hypothèse; je voudrais pouvoir le retracer ici, montrer comment, après avoir séparé les maladies vénériennes par le plus merveilleux travail d'analyse, ce souple et robuste esprit en sut dévoiler l'association, et la rendre évidente pour tous.

Chacun de ses arguments contenait et projetait à foison les faits inaperçus jusqu'à lui, et ajoutait sans retouche possible, un trait nouveau au tableau de la vérité. C'étaient par les confrontations multipliées, par le minutieux examen des expériences dues aux inoculateurs des accidents initial et secondaire, l'exacte appréciation des durées incubatoires si différentes pour les deux espèces de chancre, l'élément pustuleux de la chancrelle nettement séparé de la papule indice de la syphilis débutante. Enfin parut, comme le couronnement de l'œuvre, le monument élevé à la démonstration du chancre mixte, extraordinaire prévision de la symbiose que la bactériologie devait nous révéler un quart de siècle plus tard, et contre lequel s'abattirent les attaques les plus passionnées. Ce qui frappe, quand on relit ces pages mémorables, c'est de voir que la vérité existait tout entière dans la pensée du maître avant qu'il se fût appliqué à sa vérification. Les expériences qu'il entreprit et répéta cent fois dans un but précis ne lui révélèrent rien de plus que ses méditations, et ne servirent, à proprement parler, qu'à l'instruction des autres, ses élèves et ses lecteurs. Ne semble-t-il pas que l'on assiste à quelqu'une de ces inventions physiologiques écloses en un esprit puissamment méditatif, dictées par le raisonnement ou indiquées par la théorie, et que Claude Bernard appelait des découvertes prévues? Prévues par leurs auteurs, car, pour celles-ci comme pour les autres, se justifie le mot d'un illustre physicien : « Rien n'est plus clair que ce qu'on a trouvé hier,

et rien n'est plus difficile à voir que ce qu'on trouvera demain ».

Ces découvertes, bien que visant surtout la théorie, exercèrent une influence considérable sur la pratique en soustrayant aux effets d'une inutile médication mercurielle près de la moitié des malades vénériens qui peuplent nos hôpitaux, et par ainsi ce grand pétrisseur de réalités rendit à la pratique un service d'une portée vraiment sociale. Mais où l'on peut dire que l'influence exercée par ses travaux prit la proportion d'un bienfait rendu à l'humanité, c'est dans la question si controversée de la contagiosité des accidents secondaires.

L'École du Midi avait élevé la négative à la hauteur d'un dogme, sous le prétexte que lesdits accidents fournissaient une sécrétion impropre à l'inoculation sur le porteur. Ricord, dont on pourrait dire ce que Rollet disait de Hunter, un de ces hommes de génie n'ayant d'égal aux grandes vérités qu'ils proclament que les erreurs profondes où ils tombent quelquefois, employait son immense talent à la défense de cette thèse. Vainement Wallace, Vidal, Rieneker et d'autres encore, répétaient les expériences de transmission virulente par l'inoculation positive d'accidents secondaires à des sujets vierges de syphilis ; l'équivoque tenait toujours les esprits en suspens. Le chancre est inoculable au malade, l'accident secondaire ne l'est pas ; accordez au moins, disait-on, que le premier est plus contagieux que le second. « Alors, écrivit plus tard Rollet, j'intervins, et m'adressant aux anti-contagionnistes de toutes les nuances, je déclarai que le moment était venu de ne plus jouer sur les mots, qu'il fallait en finir avec l'argument de la réinoculabilité, que si Hunter s'était trompé, si M. Ricord s'était trompé avec lui, c'était pour avoir pris une maladie pour une autre, rien moins que cela. »

De cette époque date le célèbre mémoire intitulé : *Inoculation, contagion et confusion en matière de syphilis*. Puis vinrent les *Études cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche.*

Il faut se reporter à 1859 pour comprendre toute l'importance de cette publication. « Le chancre de la bouche, écrivait le maître, était devenu entre les mains des syphiligraphes, une merveille, qui semblait défier la sagacité des plus habiles, une sorte de monstruosité syphilitique, un nouveau sphinx, dévorant lui aussi des victimes humaines, et en faisant tous les jours de nouvelles, car il posait une énigme que personne ne devinait. » La solution qu'il était réservé à Rollet d'apporter, était grosse de conséquences et tenait, en un équilibre parfaitement stable puisqu'il dure encore, tout un système d'idées nouvelles. Ainsi furent réformées les erreurs en cours sur la syphilis des nourrices et des petits enfants, et purent être éclairés les problèmes suscités par l'apparition des épidémies parmi les ouvriers

verriers. L'hygiène et la médecine légale ne tardèrent pas à profiter de ces conquêtes. Sachons-le bien, Messieurs, si la vérole a cessé de ravager nos souffleurs de verre, si les malheureuses femmes victimes de leurs nourrissons ne sont plus exposées à s'entendre dire avec tous les sarcasmes de l'injustice : « Votre mal, on sait comment vous l'avez pris, et ce n'est pas avec votre enfant ; il n'y a pas de chancre dans la syphilis héréditaire, et le nouveau-né ne peut donner que ce qu'il a » ; enfin, si l'œuvre de Jenner a été libérée d'un danger qui menaçait d'en compromettre le bienfait, c'est à Rollet que nous le devons. Et ces prodigieux résultats furent obtenus par la seule puissance de l'observation et de la réflexion. Car jamais il ne consentit à tenter le genre de preuve dont on abusait tant à cette époque en pratiquant la contagion expérimentale. Expérimenter, écrivait-il, est-ce donc nécessaire ? « L'humanité comme la raison commande de s'en tenir à la clinique ; la clinique a été notre meilleur refuge, notre abri le plus sûr, et quant à nous, nous n'en sortirons pas. »

Rollet eut à soutenir de très vives polémiques, et qui parfois menacèrent de dépasser les bornes courtoises des joutes scientifiques. Langlebert, qu'une heureuse observation avait conduit vers la même époque à proclamer la contagiosité des accidents secondaires, revendiquait la priorité de cette découverte, et allait jusqu'à s'armer du fameux vers de Boileau. Les plumes s'arrêtèrent enfin après les sages paroles de l'uniciste impénitent : Ce n'est pas la première fois que deux chercheurs rencontrent le même sillon, et le mieux qu'ils aient à faire n'est pas de s'en disputer la propriété, mais de travailler à l'ensemencer en commun. Ainsi firent-ils. Entre temps il fallait guerroyer avec Ricord, Auzias, Turenne, Sperino et tant d'autres. Mais le plus redoutable de ses adversaires était assurément son meilleur ami, Diday qui dans la presse, dans les sociétés lyonnaises où tous deux se coudoyaient incessamment, défendait pied à pied ses opinions et ses hardis paradoxes. Il s'agissait, on s'en souvient, de constituer l'unité de type du chancre infectant. Guidé par des présomptions, Diday avait soutenu, non pas l'innocuité des accidents secondaires, mais que par leur intermédiaire la syphilis se transmettait dans une modalité différente, et par un accident susceptible d'être différencié ; que le chancre d'origine secondaire était atténué, effacé, amoindri relativement au chancre d'origine primitive, qui était le seul vrai, pour cette raison que le venin de la syphilis secondaire était plus faible que le virus éminemment fort de la syphilis primitive. Ce furent de grandes et belles discussions que celles dont retentit longtemps la tribune de la *Société de médecine de Lyon*, entre ces deux vaillants, tous deux hommes de science, de parole et de bonne foi, au demeurant très divers par les aptitudes dont la nature avait été prodigue à leur égard.

Qui a vu Diday pencher sa tête blanche, et réfléchir, fermant ses doux yeux de malice, la main droite sur son front, comprenait le monde de questions qui s'agitaient dans le bouillonnement de ses pensées, et que, en ces soliloques intuitifs, comme Renan en ses dialogues philosophiques, la tournure de son esprit l'entrainât aisément des certitudes aux probabilités, et jusque vers le rêve. Si parfois il s'égara, et s'il est arrivé que certaines de ces prévisions fussent infirmées par les faits, c'est qu'il n'imposait aucune limite à son investigation intérieure, et que toute inconnue, surtout dans l'au delà des déductions nécessaires, le passionnait en proportion de ce qui lui restait de mystérieux, comme toute théorie en raison de ce qu'elle pouvait susciter de contradiction. Il fut le précurseur, le devin, le chantre inspiré de la syphilis, et jusqu'à son dernier soupir, il vaticina. Tout en lui respirait le charme, la finesse, la subtilité, l'ironie, sans exclure certes les élans généreux et les belles envolées téméraires.

Rollet ne rêve point, il écoute, regarde, raisonne et conclut. Quand on envisage dans son ensemble son œuvre syphiligraphique, vieille aujourd'hui de 30 ans, il apparaît comme un observateur et un dialecticien d'une merveilleuse perspicacité. Un problème abordé, il sait mieux que personne, se dégager, par la haute indépendance du caractère, des idées reçues, recueillir les faits appropriés, accumuler tels indices, mettre en valeur tels arguments méconnus, grouper opportunément toutes ces données, voir clair dans leur complexité, poser l'équation et la résoudre *ne varietur*. Il fixait le but et y marchait tout de suite, et comme il suivait la seule ligne droite, chaque découverte en amenait une infinité d'autres, et chemin faisant il moissonnait à pleines gerbes les vérités, de ces vérités dont il a pu dire, avec un orgueil que l'avenir ne devait pas démentir, que pas une, si humble fût-elle, n'est sortie de ses mains avant d'avoir perdu toute trace d'ombre, même la plus légère.

Cet orgueil si justifié, ne le lisait-on pas sur ce mâle visage, de forte structure, au large front, au nez long et busqué, au regard profond et perçant sous les arcades sourcilières proéminentes, avec des yeux, qu'on me permette l'expression, qui pour bien voir les choses, n'ont pas besoin d'en faire le tour. C'est le galbe de l'énergie même, de la décision, de la volonté, avec une bouche où quelque dédain se mêle à une exquise bonté. N'y cherchez pas l'ironie, aliment de tant de polémiques d'alors et de stériles controverses. Ce qu'il avait à dire, il le disait toujours, et nettement, dans une langue vigoureuse qui ne connaissait pas les ambages; mais si sa parole fut ardente, il ne la mit jamais au service de spéculations théoriques ou d'hypothèses nuageuses.

Voilà pourquoi la fin de son service hospitalier marqua pour le novateur le terme de son étape syphiligraphique. Quand l'Antiquaille

lui fut retirée, il se recueillit et publia son *Traité des maladies vénériennes*, œuvre considérable et admirable, où pour la première fois parurent dans un magistral développement, et réunies, les doctrines qui règlent encore notre science. Il collabora dans une large mesure à la rédaction des articles spéciaux du *Dictionnaire encyclopédique*. Tous ces écrits portent le caractère définitif. Les principes qu'il avait assurés sont restés inébranlables. On a pu ajouter à son œuvre; à l'exemple et sous l'impulsion du savant professeur de la Faculté de Paris, les chercheurs ont pu s'orienter par des voies nouvelles vers des horizons insoupçonnés, mais l'héritage de Rollet demeure entier, rien n'est périmé, il est dans son bloc resté beau comme l'art, et jeune comme la vérité.

Ce n'est pas sans une profonde tristesse que l'on peut songer à la fin brutale de cette carrière, que d'inflexibles règlements brisèrent sottement en pleine force d'âge, à 41 ans. Et avec quelle conviction ne s'associe-t-on pas aux sages critiques formulées par Pointe dès 1842 contre les coutumes lyonnaises. « Les inconvénients d'un majorat de si courte durée sont si graves et si évidents que l'on s'étonne, non seulement de ce qu'un tel mode s'est perpétué aussi longtemps, mais encore de ce qu'il a été adopté dans l'organisation du service chirurgical de l'hospice de la Charité, et de celui de l'Antiquaille. Les administrateurs de l'Hôtel-Dieu ont cru sans doute accomplir un devoir en respectant un usage dont l'existence date de plusieurs siècles ; mais s'ils fussent remontés à son origine, ils auraient infailliblement reconnu que les circonstances qui forcèreut les recteurs à l'établir avaient cessé d'exister, et qu'on pouvait par conséquent abolir sans scrupule une coutume à laquelle il ne reste plus que des désavantages. »

Certes, Rollet pensait de même le 9 février 1864, quand au cours de son compte rendu il adressait des adieux d'une tristesse infinie au vieil hôpital, qu'il avait rendu si célèbre. Ses yeux durent se mouiller quand il parla de cette heureuse phalange d'internes qui l'avaient aidé, et dont il avait fait ses premiers confidents, auxquels, comme l'a dit l'un d'eux, il faisait partager ses travaux pour leur en faire partager la gloire. « Vous voyez, Messieurs, disait-il, que mes regrets sont bien légitimes, car de semblables rapports ne se renouvelleront pas, la source en est tarie; ils prennent fin avec les trop heureuses circonstances qui les avaient fait naître. » Ses internes! s'il était nécessaire de démontrer qu'un chef a toujours les collaborateurs qu'il mérite, il suffirait de publier sans commentaire la liste où se lisent les noms de Basset, Nodet, Debauge, Chabalier, Laroyenne, Viennois, Bouchard. On sait que sur la motion de son maître, ce dernier avait été chargé d'aller étudier la pellagre dans l'asile de *Sainte-Gemme*. « A la suite de cette mission, remplie, disait plus tard le chirurgien, avec

une intelligence et un désintéressement dignes d'éloges, il publia un livre très estimé, une monographie complète, la plus savante et la plus judicieuse que je connaisse. Nous devons aussi à M. Bouchard des études nouvelles sur la tricophytie qu'il s'est inoculée au bras. Le champignon pris sur un herpès du cuir chevelu a produit au bras de M. Bouchard un très bel herpès circiné. » On voit que le maître aimait à rendre justice à ses élèves. Mais qui plus que lui fut payé de retour ! Trente ans plus tard, l'élève ayant gravi les plus hauts échelons de la science et des dignités qu'elle confère, prenait son maître par la main et le faisait asseoir à côté de lui sous le dôme de l'Institut. Et quand nous nous pressions au cortège funèbre, quelle voix fut plus éloquente que celle du fidèle Viennois, qui tout vibrant d'émotion, vint à son tour, en une plainte désolée, adresser au maître les suprêmes adieux de ses élèves.

L'Antiquaille ne contient pas seulement des vénériens, Rollet dut s'occuper aussi de dermatologie, mais il ne semble pas qu'il s'y passionna. Cependant on lui doit une classification personnelle. « Je ne vous apprendrai rien, dit-il quelque part, en vous disant que ce qui manque le moins en pathologie cutanée, ce sont les classifications ; j'ai eu moi-même la tentation de faire des catégories nouvelles, et ce qui est mieux ou pis, j'y ai cédé ». C'était une classification anatomo-étiologique, différant de toutes les autres en ce point fondamental qu'au lieu de reposer sur une seule base, elle reposait sur deux pieds. C'était la nomenclature de Rayer coupée en deux par la grande division en maladies communes et maladies spécifiques. J'ai tenu à rapporter ce détail peu connu, à une époque où la tendance est d'en revenir à la notion de la cause, où l'on pense volontiers, comme on le dit ici, que la dermatologie sera étiologique ou ne sera pas.

Les questions historiques et les problèmes de l'hygiène ont toujours exercé sur l'esprit de Rollet une attraction particulière. Au plus fort de ses travaux hospitaliers, à travers le surmenage du service, des leçons, des notes aux Societés savantes, il avait trouvé le temps de publier ses recherches si complètes et si parfaitement irréprochables sur l'historique des maladies vénériennes. En 1867 parut un mémoire sur la maladie de Job, véritable chef-d'œuvre, en conclusion duquel l'interprétation des textes amène le commentateur à déclarer que Job fut atteint du scorbut; puis ce sont deux travaux de pure érudition et de paléontologie, le premier *Sur les caractères particuliers et le traitement de la blessure d'Alexandre-le-Grand*, le second *Sur les applications du feu à l'hygiène dans les temps préhistoriques*.

L'hygiène remplit la seconde partie de cette noble existence. Elle le préoccupa d'abord en ce qu'elle touchait à la prévention des maladies vénériennes ; on sait la part brillante qu'il prit à Bruxelles

dans le fameux rapport, fait en collaboration avec Crocq au nom d'une Commission nommée par le Congrès médical international de Paris en 1867 ; les principes d'organisation de la prostitution n'ont guère été modifiés depuis ce travail magistral, il est seulement regrettable qu'ils ne soient pas appliqués, ou qu'ils le soient avec tant d'imperfections. Puis se multiplièrent les mémoires sur les grandes questions de l'hygiène industrielle, sur les épidémies, si bien que lorsque la Faculté de Lyon fut fondée, il se trouva tout désigné pour la chaire d'hygiène qu'il occupa dix-sept ans. Il avait été dès 1865 membre du conseil d'hygiène, qui l'avait élu secrétaire, puis président.

Je passerai rapidement, Messieurs, sur l'énumération des dignités qui s'accumulèrent sur cet homme fort au-dessus de la plupart d'entre elles ; qu'il reçût à profusion médailles, crachats, rubans, que nombre de Sociétés françaises et étrangères tinssent à se l'attacher, que l'Académie de médecine l'ait nommé par deux fois correspondant puis associé national, nul ne s'en étonnait; lui-même avait trop le juste sentiment de sa valeur pour en être surpris, aussi recevait-il ces témoignages sans émotion. On m'assure cependant que lorsque nous l'élevâmes au rang de président d'honneur, il en ressentit une joie sincère.

Mais à tout cet éclat il préférait le bonheur intime familial, et celui de l'amitié, qu'il eut complet. Il avait eu la joie d'assister aux beaux et mérités succès de son fils, notre cher collègue, l'agrégé de la Faculté de Lyon, et de voir grandir chaque jour la haute renommée de son gendre, l'éminent professeur Lacassagne, quand un deuil survint qui lui causa la plus inconsolable douleur, et pour tous il fut évident que la blessure était irrémédiable. Ce robuste était déjà terrassé quand l'Institut lui rendit un tardif hommage. Il succomba pendant notre session lyonnaise qu'il devait présider, le 3 août 1894, huit mois après Diday, ce fidèle compagnon des luttes dont il venait d'écrire la plus touchante biographie.

Je voudrais qu'un même bronze immortalisât ces deux hommes, ces deux pères de notre église syphiligraphique, la main dans la main, unis dans notre souvenir comme ils le furent par cette puissante amitié, l'amitié des forts, qui, après les avoir liés pendant leur vie de travail et de gloire, semble les avoir suivis jusque dans la mort quand ils furent appelés presque à la même heure au tombeau.

L. Jullien.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA PLURALITÉ DU FAVUS

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE, CLINIQUE ET MYCOLOGIQUE

Par **Eugène Bodin,**
Interne à l'hôpital Saint-Louis.

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DE M. LE Dr E. BESNIER

Les remarquables travaux qui, dans le laboratoire de M. le Dr E. Besnier, viennent d'établir d'une façon rigoureuse la pluralité des trichophytons et la correspondance de ces divers parasites aux diverses formes cliniques des trichophyties, nous ont engagé à faire pour la teigne faveuse une étude analogue.

Les auteurs qui se sont occupés de l'unité ou de la pluralité du favus ne l'ont d'ailleurs fait qu'au point de vue cryptogamique et, devant l'exemple de la teigne trichophytique, la question demande à être reprise plus largement.

Ce travail a donc pour but d'envisager la pluralité du favus sous ses trois faces clinique, microscopique et mycologique. Nous l'avons entrepris en suivant exactement la méthode qui a donné des résultats indiscutables pour les trichophyties. Cette méthode nous a prouvé, comme pour les trichophytons, la pluralité des parasites, mais, inversement à ce qu'elle a établi pour les trichophyties, elle nous a démontré l'unité clinique du favus. Ces conclusions n'infirment nullement la méthode qui nous y a conduit, elles montrent seulement combien il est impossible de conclure des résultats obtenus pour une entité morbide à des résultats identiques pour une autre entité, même voisine de la première.

Avant d'étudier le favus au triple point de vue que nous avons indiqué, nons placerons ici quelques détails d'étiologie et de diagnostic relevés chez les malades qui nous ont servi de sujet d'étude ; nous ferons aussi une rapide revue des travaux récents sur la question de l'unité ou de la pluralité du favus.

ÉTIOLOGIE. DIAGNOSTIC

I. — Nous avons pu recueillir cinquante observations de favus qui représentent le nombre des faviques traités à la policlinique de notre excellent maître M. le Dr E. Besnier, de février 1893 à août 1894 ; c'est-à-dire pendant dix-huit mois.

Ce chiffre de 50 est fort peu élevé si on le compare à celui des autres affections du cuir chevelu soignées dans le même service.

En ne comprenant dans celles-ci que la trichophytie, la tondante à petites spores et la pelade, on arrive à constater qu'il ne se présente guère qu'un favique sur 20 malades (4 trichophytiques et 16 peladiques) (1).

Ce fait vient donc corroborer ce que M. le D[r] Feulard avait déjà signalé sur la diminution des cas de favus en France (2).

La plus grande partie de nos malades proviennent des campagnes et de la banlieue de Paris, ce qui concorde d'ailleurs avec le nom de teigne rurale donné au favus. Cependant sur ce point il importe de faire une restriction, car nous avons trouvé, sur la totalité de nos observations, 17 cas originaires de l'intérieur même de Paris. Ce chiffre, qui représente à peu près le tiers de nos malades, semble prouver que l'affection tend à s'acclimater dans l'intérieur des villes, probablement en raison de la contagion dans les écoles et les asiles d'enfants.

Quant à ce qui est de l'origine de la maladie et du mode de contamination, nous avons rangé nos observations en trois groupes.

Dans le premier, de beaucoup le plus nombreux, puisqu'il représente plus de la moitié des cas, se placent toutes les personnes qui ont été contagionnées par d'autres faviques.

Chez 29 d'entre elles, presque toutes des enfants, la contagion s'est effectuée dans les écoles, les asiles et même dans certains hôpitaux. Ce point mérite d'attirer l'attention actuellement, surtout où les esprits se préoccupent, à bon droit, de l'isolement et du traitement des teigneux. Au même titre que les trichophytiques, les enfants atteints de favus devraient avoir dans un hôpital-école, un service particulier. Et nous insistons sur la nécessité d'isoler complètement ce service, car de ce qu'un enfant est favique, il ne résulte pas qu'il soit à l'abri de la trichophytie, de la tondante à petites spores et de la pelade. Nous avons été à même d'observer plusieurs cas dans lesquels le trichophyton ou le microsporon Audouini s'étaient associés à l'achorion et, sur ce point, il suffit de se rappeler les constatations faites récemment par M. le D[r] Béclère à l'école de Saint-Louis (3). Nous nous associons donc pleinement à l'opinion émise par M. Martin dans son excellente étude sur le traitement des tondantes.

« Tant qu'on ne sera pas parvenu, dit-il, à isoler dans des quar-
« tiers spéciaux de l'école, les porteurs de pelade, favus, trichophytie

(1) Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité, car la plupart des enfants atteints de tondantes sont envoyés à l'école des teigneux de Saint-Louis et non dans les services ordinaires de cet hôpital.

(2) *Annales de dermatologie*, nov. 1892, p. 1118.

(3) *Annales de dermat.*, 1894.

« et de tondante à petite spore, ces maladies ne s'excluant nullement « les unes des autres, la promiscuité engendrera toujours des cas « intérieurs de contagion » (1).

Le deuxième groupe de nos faviques comprend ceux chez lesquels il a été impossible de retrouver l'origine de la contagion d'homme à homme ou d'enfant à enfant, mais chez lesquels la possibilité d'une transmission par voie animale existe.

Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer dans ces cas les animaux incriminés et faire la preuve certaine de la contagion.

Mais étant donné que d'une part la transmission du favus de l'animal à l'homme est un fait avéré (2), et d'autre part les commémoratifs spéciaux apportés par les malades que nous avons observés, nous croyons pouvoir admettre ce mode de contagion, sinon comme certain, du moins comme extrêmement probable. Ces malades représentent 1/5 de la totalité de nos observations et les animaux dont le contact a été relevé ont été les souris, les chiens, surtout les ratiers, les chats, enfin mais plus rarement les poules.

En semblable circonstance nous tenons à dire ici que l'animal doit jouer le plus souvent le rôle d'intermédiaire. Contaminé par un favique humain, il contaminera ultérieurement une autre personne. Nous nous basons pour cette manière de voir sur le fait que, parmi les faviques examinés par nous, pas un seul n'a donné à la culture une espèce animale, et aussi sur ce que chez une souris favique, qui nous fut envoyée d'Autun, nous avons trouvé une espèce humaine d'achorion. Cependant il est possible que l'animal soit le point de départ primitif de l'affection et que ce soit une espèce animale d'achorion qui soit inoculée aux malades. On sait en effet que M. Sabrazes a pu pratiquer sur l'homme des inoculations positives avec le favus du chien (3).

Reste enfin un certain nombre de cas (10) dans lesquels, malgré une enquête minutieuse, il nous a été absolument impossible de trouver ni contagion humaine, ni contagion animale. C'est alors qu'on pourrait faire intervenir une hypothèse que nous avons émise, M. le Dr Sabouraud et moi, en avril 1893 (4), et qu'il a dans la suite discutée dans son étude sur les trichophytons (5) : Ne pourrait-on admettre une existence du champignon comme saprophyte ? Il pourrait, en dehors

(1) *Les difficultés du traitement des teignes tondantes.* Thèse de Paris, 1894.

(2) Sur ce point, voir : *Mém. et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1892. — L. G. NEUMANN. *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques* (Paris, 1888). — SABRAZES. *Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien.* Thèse de Bordeaux, 1893.

(3) SABRAZES. *Loc. cit.*

(4) *Annales de dermat.*, avril 1893.

(5) *Les trichophyties humaines.* Paris, Rueff, édit., 1894.

de sa vie parasitaire, exister dans la nature et vivre sur des corps inertes. Le contact de ces corps amènerait, comme celui d'un favique, l'inoculation de la maladie. Certains arguments sérieux plaident en faveur de cette opinion. Ainsi le fait de pouvoir cultiver le parasite sur des substances inertes comme le bois par exemple, puis l'analogie avec les mœurs de champignons très voisins : l'actinomycose, le botrytis Bassiana (de la muscardine du vers à soie) qui ont tous une existence saprophytique ne faisant plus de doute à l'heure actuelle.

Il y a aussi bien nettement dans certains cas impossibilité de retrouver le contact avec des faviques humains ou animaux.

Nous devons encore ajouter un fait qui nous semble très important. Dans sa vie parasitaire le champignon ne se reproduit qu'avec des formes de souffrance qui ne sont point son véritable mode de reproduction, il doit donc exister dans la nature des substances sur lesquelles il arrive à sa frutification normale.

Cette hypothèse paraît beaucoup moins probable pour le favus que pour le trichophyton, en raison de la difficulté des cultures d'achorion sur les substances inertes (bois par exemple), et la preuve n'en est pas facile à faire. Nous tenions néanmoins à la signaler puisqu'elle est pour le favus admissible dans certaines circonstances (1).

En somme de ces faits touchant l'étiologie, il ressort clairement que c'est la contagion de favique à favique médiate ou immédiate qui est la plus fréquente. Mais elle n'exclut point d'autres modes de propagation de la maladie et en particulier la voie animale dont on a cherché, à tort croyons-nous, à diminuer l'importance dans ces derniers temps.

II. — Au point de vue symptomatique, 6 de nos malades présentaient des localisations à la peau glabre, les lésions étaient absolument typiques et nous croyons inutile d'insister. Tous les autres étaient atteints de favus du cuir chevelu et, dans la majorité des cas, ont présenté les symptômes classiques avec une uniformité vraiment remarquable. Nous voulons seulement signaler ici quelques difficultés de diagnostic. Chez 6 faviques en effet, nous nous sommes trouvé en présence de cette forme atypique devant laquelle un œil, même exercé, peut hésiter. Cette variété, décrite sous le nom de *favus sans favus*, ne s'accompagne pas de formation de godets ou de croûtes jaunes, l'odeur de souris fait défaut, de sorte qu'il est très facile de la confondre avec certains eczémas, avec les séborrhées, ou des alopécies de diverses natures.

(1) M. Sabrazes objecte bien que dans la nature la concurrence vitale venant d'autres moisissures et des diverses bactéries doit amener la mort de l'achorion avant la naissance des formes reproductrices ; mais nous répondrons que sur une quantité considérable de cultures d'isolement, nous avons observé le développement de l'achorion se faisant concurremment avec d'autres moisissures et avec des bactéries banales.

M. Dubreuilh (1) a étudié avec soin ces formes difficiles et en a reconnu trois variétés :

Une variété pityriasique, facile à confondre avec le psoriasis du cuir chevelu ;

Une variété impétiginiforme, dans laquelle les lésions faviques sont recouvertes de croûtes simulant l'impétigo et certains eczémas, déjà décrite par Aubert (2) ;

Enfin une variété alopécique, la plus difficile à diagnostiquer : dans ce cas on voit des plaques serpigineuses, glabres au centre et entourées d'une zone de folliculite d'une faible largeur. Dans cette zone les cheveux viennent facilement à la pince avec une gaine transparente, épaisse et molle, et ils naissent d'une très minime acumination rouge, peu saillante et au sommet de laquelle se voit le plus souvent une petite squame ou une petite croûtelle jaune grisâtre. C'est le favus dont la réaction est surtout folliculaire. Sa confusion peut alors se faire avec diverses affections, en particulier avec le lupus érythémateux du cuir chevelu et surtout avec les folliculites décalvantes de M. Brocq. La ressemblance est si grande que M. Dubreuilh n'hésite même pas à douter du diagnostic dans certaines observations (3).

« Son extrême ressemblance clinique avec certaines formes de « favus, dit-il, est signalée par Brocq et il est des cas de favus sans « godets formés par des rangées de folliculites entourant une plaque « d'alopécie cicatricielle auxquelles pourrait mot à mot s'appliquer la « description de Quinquaud, Lailler et de leurs élèves. J'ajoute que « dans certaines observations publiées, on voit signalée la présence « de bulles d'air dans la moelle des cheveux ; ce fait rapproche ces « cas du favus au point de rendre le diagnostic suspect. »

Les malades que nous avons observés présentaient cette dernière variété de favus, et nous avons constaté combien le diagnostic était difficile à établir d'une manière certaine au seul examen clinique. Les symptômes qui, dans ces cas, nous ont semblé se retrouver d'une façon constante et sur lesquels le dermatologiste doit surtout s'appuyer sont d'abord la durée de l'affection, qui existe depuis plusieurs mois, souvent même plusieurs années sans qu'aucun des moyens mis en œuvre contre elle n'arrive à guérir le malade. L'alopécie avec son aspect cicatriciel, l'état lisse du cuir chevelu sont également de bons signes ; de même l'existence à la base des poils dans la zone de folliculite d'une petite croûtelle jaunâtre qui ne se retrouve pas dans la folliculite décalvante. Enfin les caractères des poils sont de la plus haute importance et c'est d'après eux que nous avons pu, dans 5 sur 6 des

(1) *Journ. des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890, p. 152.

(2) AUBERT. Diag. de la teigne faveuse. *Ann. de derm.*, 1881.

(3) Alopécies atrophiques. *Ann. de derm.*, 1894, p. 325.

cas, fixer notre diagnostic avant l'examen microscopique. Les cheveux atteints de favus sont, sur les placards alopéciques ou dans la zone de folliculite, *secs* et *ternes*. Ils présentent une décoloration remarquable qui frappe surtout chez les individus à chevelure foncée et leur adhérence est singulièrement diminuée ; la moindre traction les amène facilement. Notons aussi que ces cheveux ont gardé leur longueur et ne sont jamais cassés comme dans les deux tondantes.

Voilà des caractères qui ne se rencontrent point dans les folliculites ou dans les autres affections du cuir chevelu ; nous croyons pouvoir affirmer que ce sont là les vrais éléments du diagnostic, ceux que l'on devra surtout s'appliquer à rechercher.

Nous tenions à y insister d'autant plus que ces formes difficiles sont moins rares qu'on ne le pense généralement.

III. — Avant d'aborder l'étude du champignon, nous devons dire ici quel a été le mode thérapeutique que nous avons mis en œuvre et quels ont été nos résultats.

A ce point de vue, comme pour les tondantes trichophytiques, nous devons reconnaître la pauvreté de nos moyens d'action.

Nous ne voulons point évidemment ici parler du favus de la peau glabre dont la guérison s'obtient avec facilité par quelques badigeonnages de teinture d'iode ou des applications antiseptiques.

Les localisations de l'achorion dans le cheveu et la pénétration profonde du parasite rendent le traitement dans ces cas beaucoup plus difficile. Chez tous nos malades nous avons employé l'épilation répétée avec applications de teinture d'iode, qui nous a semblé l'antiseptique de choix. L'épilation est assurément indispensable pour mener à bien le traitement d'un favique. Nous y insistons, car dans certains cas étendus de tondantes trichophytiques on peut, tout en épilant la bordure, se contenter de couper les cheveux extrêmement ras sur les plaques, mais en présence du favus cette conduite ne saurait dans aucun cas être admise. Nous avons de cette façon observé la guérison de 9 malades sur 50, c'est-à-dire un peu plus de 1 sur 6 des cas ; guérison définitive sans alopécie complète, mais qui n'a pu être obtenue avant six mois de soins minutieux. Nous devons ajouter que parmi nos autres malades, plusieurs ont quitté Paris avant guérison complète et que d'autres sont en traitement depuis trop peu de temps pour que l'affection puisse être à l'heure actuelle complètement arrêtée. Tous néanmoins sont notablement améliorés.

Les difficultés de ce traitement, sa lenteur et les dangers de la contagion imposent donc des mesures prophylactiques sévères et la meilleure à prendre nous semble être l'isolement immédiat de tout favique, surtout si c'est un enfant.

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR LE FAVUS POSENT LA QUESTION DE L'UNITÉ OU DE LA PLURALITÉ DU PARASITE

La question que nous avons en vue est celle de la pluralité ou de l'unité du favus. Mais nous devons, avant de nous en occuper, donner un rapide résumé de l'évolution des idées sur le parasite de l'affection et préciser de quelle façon se pose depuis les travaux récents cette question de son unité ou de sa pluralité.

Ignoré jusqu'en 1839, le champignon du favus fut à cette époque découvert par Schœnlein, médecin allemand, qui n'y attacha aucune importance causale. C'est Gruby (1), deux ans plus tard qui, sans connaître les travaux antérieurs, en donna le premier une bonne description et mit en lumière sa nature spécifique; aussi, malgré la priorité de Schœnlein, son nom doit-il rester intimement lié à cette découverte. Appelé par Remak Achorion Schœnleinii, il fut dès lors considéré comme la seule cause du favus et comme un champignon spécial. Cependant sous l'influence des idées émises par Tulasne en 1851 sur le polymorphisme des champignons et confirmées par Kühn, de Barry, Hoffman, on tenta de ne faire de l'achorion qu'une forme d'un seul et unique champignon, dont d'autres formes pouvaient produire le pityriasis versicolore et la trichophytie. Lowe et Grawitz (2) se montrèrent particulièrement défenseurs de cette théorie. Ce dernier cependant ne tarda pas à revenir sur sa première opinion et Duclaux (3) avec Verujski (4) firent bientôt cesser toute espèce de doute sur ce point en établissant nettement la spécificité de chacun des parasites des dermatomycoses dont nous parlions tout à l'heure.

L'étude du parasite semblait donc terminée, et de fait pendant un certain temps on s'en tint aux premières descriptions sans chercher davantage.

De nouvelles études devaient venir rapidement remettre en question certains points de l'histoire de l'achorion.

D'abord on découvrit l'existence du favus chez les animaux et l'on étudia les variétés de champignons qui s'y rencontraient. Puis la technique bactériologique se perfectionnant de plus en plus, on étudia l'achorion dans les milieux de cultures usuels et ces recherches ouvrirent une nouvelle voie.

Pour ce qui est du favus animal, dès 1859 Gerlach (5) avait trouvé

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1841, t. XIII, p. 72.

(2) *Archiv. f. pathol. anat. und physiol. und f. Klin. med.*, 1886, t. LXX; *ibid.*, 1880, t. LXXXI, et *Semaine médicale*, janvier 1886.

(3) *Comptes rendus et mémoires de la Société de biol.*, 1886, p. 14.

(4) *Annales de l'Institut Pasteur*, août, 1887, n° 8.

(5) *Magazin f. Thierheilkunde von Gurlt und Hertwig*, 1859, p. 236.

un champignon analogue au favus dans une affection de la crête des poules, et Leisering (1) avait confirmé cette découverte en 1864. Mais il faut arriver au travail de Mégnin (2) pour trouver une bonne description du parasite qu'il appelle épidermophyton gallinæ.

Depuis, Neumann (3), Schutz (4), Duclaux et Mégnin de nouveau (5) reprirent la question et de leurs travaux il ressort que chez la poule peuvent se rencontrer un favus dû à l'achorion de l'homme et un autre favus causé par l'épidermophyton, ces deux champignons étant distincts l'un de l'autre. D'un autre côté Saint-Cyr (6) de Lyon et Trasbot (7) avaient dès 1869 et 1871 trouvé des chiens faviques. Cadiot en publia de nouvelles observations (8) et le parasite en fut étudié par Nocard (9). Depuis, ces études, reprises par Costantin et Sabrazes (10), arrivèrent à la démonstration d'un champignon voisin de l'achorion mais distinct de lui et cause du favus du chien, c'est l'oospora canina (Costantin-Sabrazes). A côté de l'achorion Schœnleinii doivent donc se placer d'autres champignons susceptibles de produire le favus chez les animaux : l'un chez la poule, l'épidermophyton gallinæ, l'autre chez le chien, l'oospora canina.

Dans l'étude du favus humain, de nouvelles découvertes ne tardèrent pas non plus à se faire.

En 1886 Quincke (11), étudiant les cultures de l'achorion, isola trois espèces de champignons qu'il appela α, β et γ, mais peu de temps après il les réduisit aux deux variétés β et γ.

Elsenberg (12) confirma cette découverte des champignons β et γ et Kral (13) dans un premier travail isola des lésions faviques jusqu'à six champignons différents parmi lesquels les variétés β et γ de Quincke. Mais, étonné de ses résultats, Kral réforma sa technique et reprit ses expériences ; il étudia les cultures dont le point de départ était une seule spore extraite d'un godet favique et, contrairement à ses premières recherches, il arriva à cette conclusion que dans le

(1) *Bericht über das Veterinairwesen im Konigreich Sachsen*, 1864, p. 47.
(2) Mégnin. *Comptes rendus Soc. biol.*, 1881.
(3) *Comptes rendus Soc. biol.*, 1886.
(4) *Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsainte*. Berlin, 1884, p. 224.
(5) *Comptes rendus Soc. biol.*, 1886.
(6) *Lyon médical*. 1869, p. 33.
(7) *Recueil de méd. vétérin.*, nov. et déc. 1871.
(8) *Bulletin et mém. de la Société centrale de méd. vétérinaire*. Nouvelle série, t. VII, 43e vol. de la collection, p. 423.
(9) *C. r. de la Soc. centrale de méd. vétérin.*, 1889.
(10) Sabrazes. *Loc. cit.*
(11) *Arch. f. expérim. pathol. und pharmak.*, 1886, p. 62; *Monatsh f. prakt dermat.*, 1887, n° 22, et 1887, n° 2.
(12) *Archiv. f. dermat. und syph.*, 1889.
(13) *Verhomse Verhandleder der deutsch. dermat. Gesellsch congress zu Prag.*, Wien, 1889.

favus humain ne se trouve qu'un seul et même champignon, l'achorion Schœnleinii (1). Ce travail, d'une importance capitale, fut confirmé par Pick (2) qui y ajouta des expériences d'inoculations ; Mibelli (3) peu après arriva aux mêmes résultats et trouva un parasite identique à celui de Kral. Enfin Plaut un peu plus tard aboutit aux mêmes conclusions (4).

Ajoutons encore Jadassohn (5) qui, en 1889, avait déjà isolé un seul et même champignon des godets faviques, et Marianelli (6) dont les recherches démontrent également l'unité de l'achorion décrit par Kral. Malgré l'autorité des noms que nous venons de citer, tous n'étaient pas partisans de l'unité du favus et les opinions émises par Quincke avaient trouvé de l'écho. En 1892, Unna et Frank publièrent un premier mémoire établissant trois espèces d'achorions : A. enthytrix, A. dikroon, A. atakton. Ces trois espèces distinctes sur les milieux de cultures, répondaient à des différences de forme, de couleur et de grandeur des godets (7). Un an plus tard Unna et Neebe reprirent la question et cette fois annoncèrent la différenciation par les cultures de neuf espèces d'achorions toutes bien distinctes les unes des autres (8).

Aux trois premières variétés déjà décrites par Unna vinrent s'ajouter six nouvelles espèces : A. radians, A. acromegalicum, A. demergens, A. cysticum, A. moniliforme, A. tarsiferum et l'auteur les rangea en deux groupes, les unes aérophiles, les autres aérophobes. Ajoutons qu'à chacune de ces espèces fut donné un nom de pays, semblant indiquer par là une différence entre le favus des diverses contrées géographiques.

Enfin, MM. Dubreuilh et Sabrazes étudiaient la question depuis déjà plusieurs années et en 1893 ce dernier publia une longue étude (9) dans laquelle, après avoir fait la critique du travail de Unna, il se rangea à l'opinion de Kral, ayant toujours trouvé le même champignon dans 18 cas de favus humain.

De sorte que si l'on veut résumer rapidement les faits acquis et les opinions des auteurs, on arrive aux conclusions suivantes :

1° Il existe un champignon, cause du favus de l'homme, l'achorion Schœnleinii. Pour certains, ce champignon constitue une espèce

(1) *Archiv. f. dermat. und syph.*, 1891.
(2) *Archiv. f. dermat. und syph.*, t. XXIII.
(3) *La Riforma medica*, mars, avril 1891.
(4) *Centralblatt f. Bakteriol. und parasitenkunde*, 1892, n° 12.
(5) *Verhandl der deutsch dermat. Gesellsch. congress. zu Prag.*, Wien, 1889.
(6) *Achorion Schœn. morphologia, biologia, clinica*, 1 broch. in-8°, Pise, 1892.
(7) *Centrablatt J. Bakt*, XI, 1892.
(8) *Monatsh. f. prakt. dermat.*, 1 et 2 janvier 1893.
(9) Sabrazes. *Loc. cit.*

unique (opinion de Kral, Plaut, Pick, Mibelli, Sabrazes). Pour d'autres, il faut le considérer comme un genre susceptible d'être divisé en de nombreuses espèces (opinion de Quincke, Unna, Frank, Neebe).

2° Chez les animaux, il existe des espèces botaniques spéciales et distinctes capables de produire le favus, épidermophyton gallinæ chez la poule, oospora canina chez le chien.

Sur l'existence et la distinction de ces espèces animales, tous les auteurs sont d'accord et le doute n'est plus permis à ce sujet. Mais quant à ce qui est du favus humain, la question de l'unité ou de la pluralité du champignon se pose actuellement et d'un côté comme de l'autre se trouvent les auteurs les plus autorisés. Nous n'avons point la prétention de vouloir trancher définitivement une semblable question, nous voulons seulement exposer ici des recherches personnelles entreprises dans le but de nous faire une opinion sur ce point.

UNITÉ CLINIQUE DU FAVUS

Pour juger de la question de l'unité ou de la pluralité du favus, il est de toute nécessité de l'envisager au triple point de vue clinique, microscopique et mycologique. On comprend en effet l'intérêt puissant qui s'attacherait à la pluralité cryptogamique si chaque espèce de champignon correspondait à une forme microscopiquement et cliniquement distincte. C'est là justement ce qui donne aux récentes découvertes sur les trichophytons, leur importance capitale puisqu'elles rentrent ainsi dans le domaine médical pratique aussi bien que scientifique pur.

Quant à ce qui est de la clinique, si l'on ouvre les classiques on y trouve décrites des formes différentes de favus. Ainsi à la peau glabre se voient tantôt le favus banal avec des godets typiques, tantôt le favus dit érythémateux qui se caractérise par des plaques rouges sur lesquelles les godets sont réduits à de petites dimensions.

Au cuir chevelu également existent plusieurs formes : on y rencontre le favus urcéolaire, nummulaire, squarreux, suivant la disposition irrégulière, confluente ou inégale des lésions. En outre existent ces variétés impétigineuse et atypique dont nous avons déjà parlé à propos du diagnostic.

Au premier abord il semble donc y avoir plusieurs espèces cliniques de favus.

Mais les distinctions sur lesquelles reposent ces espèces sont-elles suffisantes pour établir entre elles des séparations bien nettes, ou se trouve-t-on seulement en présence de variétés d'aspect d'une seule et même espèce clinique ?

Après avoir étudié avec le plus de soin qu'il nous a été possible les

cinquante malades dont nous avons parlé, nous nous sommes rattaché à la seconde manière de voir et cela pour une double raison : l'identité des lésions élémentaires du favus dans tous les cas d'une part, et la non correspondance des divers types de parasites à des formes symptomatiques différentes d'autre part.

Pour créer des espèces cliniques nettement séparées, il faut en effet des lésions élémentaires distinctes par leurs caractères fondamentaux.

De simples différences dans les caractères accessoires d'une même lésion, telles que des variations en plus ou en moins dans le nombre, la grandeur, l'intensité, ne peuvent en aucun cas suffire à l'établissement d'espèces différentes car elles ne touchent point à l'essence même de la lésion.

Un exemple frappant de ce fait peut être tiré des trichophyties. En ne prenant que les trichophyties de la peau glabre, ne voit-on pas que dans certains cas les lésions sont purement superficielles et desquamatives, tandis que dans d'autres cas elles sont au contraire profondes et suppuratives, amenant la formation d'abcès folliculaires ou de vésicules purulentes sans qu'aucune bactérie pyogène banale soit intervenue. Voilà certes deux ordres de faits absolument séparés et correspondant, bien entendu, à des aspects cliniques dissemblables ; d'où la division en trichophytie circinée épidermique et en trichophytie à dermite profonde.

Dans chacune de ces espèces cliniques se trouveront évidemment des différences entre les cas tenant à l'étendue des lésions, à leur intensité, etc., et cela sans que l'on ait besoin de faire de nouvelles classes parce que ce ne sont là que des caractères accessoires ne pouvant changer en rien la nature intime de la lésion qui reste la même pour la même espèce.

Or si pour le favus, on examine avec soin les caractères distinctifs des diverses formes citées précédemment, on trouve que ce ne sont point de ces éléments fondamentaux permettant des séparations absolues. Nous sommes convaincu que ce sont seulement des caractères accessoires de nombre, d'étendue, d'intensité, etc. des lésions.

Dans le favus des parties glabres, il est un élément, le godet, dont l'aspect est pathognomonique et qui ne fait jamais défaut ; de simples variations de grandeur dans ce godet et d'intensité dans l'élément érythémateux qui l'accompagne ont permis de distinguer le favus banal et la forme érythémateuse. Dans le premier cas le godet est typique, dans le second il existe aussi et d'une façon constante, ainsi que l'a fait remarquer M. le D[r] E. Besnier ; il est alors seulement réduit à des proportions exiguës et représenté par de petites taches jaunâtres nécessitant un examen très attentif, quelquefois même pratiqué à l'aide de la loupe.

Pour le favus du cuir chevelu, les formes urcéolaire, nummulaire, squarreuse ne sont, de la définition même de ceux qui les ont créées, dues qu'à des variations dans le nombre et la disposition régulière, confluente ou inégale de lésions toujours les mêmes, godets et poils faviques.

Les formes impétigineuse et atypique toutefois semblent constituer des espèces beaucoup plus nettement distinctes que les précédentes.

Dans les formes impétigineuses cependant, si l'on recherche avec soin, on trouvera toujours, outre la longue durée de l'affection et sa résistance aux agents thérapeutiques, des poils faviques absolument caractéristiques. Ici seulement intervient un nouveau facteur, c'est l'élément impétigineux qui vient se surajouter au favus, qui en masque les godets ou les déforme complètement, mais qui ne peut changer en rien l'élément pilaire, lequel persiste dans tous les cas et permet ainsi d'assurer le diagnostic.

Quant aux formes atypiques, au *favus sans favus*, on n'y trouve point de godets, ou du moins ils ne sont que d'une durée tout à fait éphémère. Mais ici, comme pour toutes les formes précédentes, l'évolution et la résistance au traitement sont les mêmes et le poil favique existe toujours avec ses caractères invariables. Nous avons déjà insisté sur ce fait en parlant précédemment du diagnostic et nous avons dit comment le cheveu favique, constant et invariable, nous avait toujours permis de reconnaître la teigne faveuse même sans le secours du microscope, aussi nous n'y reviendrons pas.

Il est donc bien évident, après cette examen rapide des caractères distinctifs des diverses formes du favus, que, dans toutes ces formes, les lésions fondamentales, celles qui constituent essentiellement la maladie, se retrouvent avec leurs caractères primordiaux invariables.

A ce fait capital nous en ajouterons un second afin d'appuyer encore notre opinion sur l'unité clinique. L'étude des cultures nous a démontré, ainsi que nous le verrons plus loin, la pluralité des champignons faviques, mais il nous a été impossible d'établir une correspondance quelconque entre les variétés des champignons et les diverses formes cliniques. Nous avons, par exemple, trouvé l'achorion décrit par Kral aussi bien dans un favus banal ou érythémateux de la peau que dans une forme atypique, nummulaire ou autre du cuir chevelu.

Il nous semble donc que, dans le favus, il suffit de savoir interpréter les variations d'aspect de la maladie pour se rendre compte de l'unité clinique. Pour la commodité des descriptions seulement et afin d'établir un certain ordre dans les différents cas, on peut admettre des variétés, mais qui ne sauraient exister au titre d'espèces distinctes.

Ce sont simplement des aspects différents d'une seule et même espèce clinique dus à des variations dans les caractères accessoires

de lésions fondamentales qui restent essentiellement identiques pour tous les cas.

On nous permettra ici une comparaison qui semble bizarre au premier abord, mais qui n'est pas moins juste car toutes les maladies *parasitaires*, de quelque ordre que soit leur parasite, ne sont-elles pas comparables entre elles.

Dans la pneumonie aiguë ne trouve-t-on pas de ces variations dans les caractères accessoires des éléments fondamentaux? Tantôt simple, tantôt double, à la base ou au sommet, sur un sujet sain ou dans un poumon déjà malade, elle prendra des aspects très différents, mais ses caractères essentiels persisteront toujours pour empêcher une division qui pourrait, dans ce sens, aller à l'infini.

Que conclure de cette unité clinique du favus au sujet de la question qui nous préoccupe dans ce travail? Ne vient-elle point constituer une preuve contre la pluralité du parasite? Nous n'hésitons pas à répondre négativement, car n'est-ce pas un fait de la plus haute importance et frappant en pathologie cutanée ou générale, qu'un même aspect symptomatique peut relever de causes différentes? Dans l'affection même qui nous occupe, ne voit-on pas l'épidermophyton gallinæ et l'achorion de l'homme déterminer chez la poule des lésions faviques semblables?

Dans un groupe voisin Sabouraud n'a-t-il pas établi que les trichophyties à dermite profonde d'origine animale étaient dues tantôt au trichophyton du cheval, tantôt à celui du chat, tantôt à celui du porc, etc.?

En médecine générale même, n'est-ce pas cliniquement la même tuberculose que celle du bacille de Koch et que celle de l'aspergillus? De sorte que la cliniqne ne peut en aucune façon nous donner la solution du problème de l'unité ou de la pluralité de l'achorion. C'est donc à l'examen du parasite dans les lésions ou dans les cultures qu'il faut nous adresser.

L'unité clinique nous permet cependant de penser dès maintenant que la pluralité de l'achorion, si elle existe, est un fait d'importance purement scientifique et non pas scientifique et pratique tout à la fois comme pour les trichophyties par exemple.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Le cheveu favique a été décrit par tous les auteurs classiques; mais les cheveux atteints d'autres mycoses n'ayant été bien étudiés que depuis peu, aucun dermatologiste n'a signalé les principaux caractères diagnostiques entre ces différents cheveux.

Nous croyons donc utile de revenir sur cette description en insistant sur les points qui permettent de distinguer le poil favique des

autres poils, de ceux atteints de trichophytie vraie à grosses spores par exemple (1).

Ce qui frappe tout d'abord dans l'examen d'un cheveu favique, c'est la longueur de la partie envahie par le parasite. On ne trouve pas ici de ces cheveux cassés de 2 ou 3 millim. seulement de longueur comme c'est la règle dans la trichophytie, et l'achorion se montre sur une étendue qui dépasse 10 à 12 millim. et peut aller beaucoup plus loin dans bien des cas.

Le parasite est entièrement contenu dans le cheveu lui-même, mais il ne le remplit pas complètement comme cela a lieu pour le trichophyton mégalosporon par exemple, et il apparaît sous forme de mycéliums et de spores.

Les mycéliums présentent une irrégularité de direction remarquable et qui frappe l'œil le moins exercé ; ils sont flexueux, ondulés et l'on en voit même qui croisent l'axe du cheveu sous une incidence voisine de l'angle droit. Ils peuvent, dans le même poil, se rattacher à deux types : les uns, ce sont les moins nombreux, sont petits et pour ainsi dire filiformes, d'une longueur peu étendue, non ramifiés, et ne présentent point de division en spores ; les autres qui constituent la majorité, sont beaucoup plus gros et sont constitués par des spores mycéliennes placées bout à bout et dont nous parlerons tout à l'heure.

Ces filaments mycéliens présentent des ramifications et se divisent suivant un mode spécial. Cette division se fait toujours en effet par tri et tétratomie, de sorte que l'on a des formes qui figurent grossièrement des tarses.

(1) Le procédé de préparation que nous avons employé pour l'examen extemporané des cheveux ou des godets est celui que les classiques indiquent. Il consiste à chauffer légèrement un fragment de godet ou un cheveu dans une goutte de potasse à 40 p. 100 déposée sur une lame de verre. On recouvre avec une lamelle et l'on examine.

Pour les préparations à conserver nous recommandons le procédé de Malassez :

1° Passage des cheveux dans alcool et éther, 24 heures.

2° Passage dans l'alcool absolu, 12 heures.

3° Action de la solution de potasse à 40 p. 100 à froid jusqu'à éclaircissement complet.

4° Lavage à l'eau, puis avec une solution acide d'acétate de potasse pour enlever l'excès de potasse.

5° Coloration par l'éosine.

6° Montage dans la glycérine.

Pour l'examen microscopique nous insistons sur ce fait qu'il faut toujours examiner les préparations avec un faible éclairage, par exemple un diaphragme de 1 à 2 millim. d'ouverture au plus. Avec une ouverture plus grande, on s'expose à ne plus distinguer les éléments du champignon.

Le grossissement que donnent l'oculaire 1 avec l'objectif 7 de Leitz est très suffisant pour tous ces examens.

Les spores constituent les chapelets mycéliens et en outre forment entre les mycéliums de petits amas très irréguliers dans leur disposition et dans leurs dimensions, mais dont la présence est constante. Toutes, qu'elles soient en file ou en amas, offrent un aspect analogue : elles sont pour la plupart rectangulaires, plus ou moins allongées et peuvent, dans les îlots de spores surtout, prendre des formes plus complexes, mais toujours angulaires sans être en aucun cas arrondies ou ovoïdes.

C'est là un caractère sur lequel nous ne craignons pas d'insister car il est constant et assez spécial au favus pour trancher le diagnostic dans les cas difficiles.

Enfin ces spores sont d'inégale grosseur et ne présentent point de double contour.

On voit par cette rapide description que, malgré des points spéciaux, l'achorion pourrait dans certains cas prêter à la confusion avec le trichophyton mégalosporon. Ses dimensions, la disposition des mycéliums en files de spores et l'habitat sont en effet des points communs aux deux parasites ; mais si l'on se reporte aux remarquables descriptions de Sabouraud touchant le cheveu trichophytique, on y voit que dans ce dernier cas, la brièveté extrême du cheveu, la régularité de direction des mycéliums qui bourrent littéralement le cheveu, la régularité des dimensions de la spore, son double contour et sa forme arrondie, enfin la division du mycélium par dichotomie, sont des caractères constants et qu'il suffit d'avoir présents à l'esprit pour éviter toute erreur (1).

Dans l'examen microscopique, que nous avons pratiqué avec le plus grand soin chez tous nos malades, nous avons toujours trouvé l'achorion avec les caractères que nous avons énumérés plus haut. Mais d'un cas à l'autre existaient des variations d'aspect très mul-

(1) Le diagnostic entre l'achorion et le microsporon Audouini ne saurait se poser d'une façon sérieuse, car trop de différences dans les dimensions, l'habitat et la forme des éléments existent entre les deux parasites.

Nous rapporterons cependant à ce sujet un fait que nous venons d'observer. Il s'agit d'un enfant atteint depuis trois ans d'une tondante rebelle ayant envahi la totalité du cuir chevelu. En quelques points on observait des cheveux secs et ternes longs de 7 à 8 millim. et engainés à leur base. Au microscope, toute la partie engainée montrait le microsporon typique, mais dans la partie supérieure du cheveu se voyaient des mycéliums contenus dans le cheveu, même trois ou quatre fois plus gros en diamètre que les spores et divisés en segments rectangulaires. — Il existait donc des analogies avec l'achorion ; cependant l'absence des îlots de spores angulaires et la non division en tri ou tétratomie des mycéliums nous firent d'emblée écarter ce diagnostic, ce qui fut d'ailleurs confirmé ultérieurement par la culture.

Nous croyons ce fait trop rare pour qu'il soit permis de poser d'une façon générale le diagnostic microscopique entre le favus et la tondante rebelle de Gruby, aussi ne le plaçons-nous ici qu'à titre de simple curiosité.

tiples en raison même de cette irrégularité des mycéliums déjà signalée. De même la combinaison extrêmement variable des îlots de spores avec les mycéliums, l'abondance ou l'extrême rareté des petits mycéliums fins sans divisions, contribuaient à rendre l'aspect des lésions très polymorphe. Nous devons même ajouter ici, et c'est un fait de la plus haute importance, que ce polymorphisme se retrouve aussi bien dans les cheveux d'un même favique que dans les cheveux de faviques différents, de sorte qu'à l'examen d'un grand nombre de préparations, la multiplicité des formes rend moins évidente l'unité microscopique du parasite, à laquelle cependant il est impossible de ne pas conclure étant donnés les caractères fondamentaux qui se retrouvent invariables dans tous les cas.

Devons-nous tirer de là un argument contre la pluralité cryptogamique du favus ? De même que pour la clinique nous ne le croyons pas, car ici une circonstance spéciale doit intervenir.

On sait, en effet, combien est complexe la reproduction des champignons. Outre leur forme vraie de fructification encore inconnue pour un grand nombre et les formes conidiennes, ils se reproduisent dans leur vie parasitaire avec des formes de souffrances dont le type est la segmentation du mycélium en spores dites mycéliennes et qui ne sont point des spores vraies. Ces formes de souffrances ont le plus souvent pour des espèces voisines un aspect identique, de sorte que sur leur seul examen il est absolument impossible de dire si l'on est en présence d'une ou de plusieurs espèces. L'étude des formes plus élevées de fructification peut seule renseigner sur ce point.

Nous sommes donc amené à conclure que l'examen microscopique ne peut fournir actuellement en aucune façon de preuves pour ou contre l'unité du favus, ou du moins que nous n'avons pas encore la possibilité de les établir par ce moyen.

ÉTUDE DES CULTURES

I. — De ce qui précède il ressort clairement que c'est à l'étude des cultures seule qu'il faut s'adresser pour se former une opinion sur l'unité ou la pluralité de l'achorion. Nous avons cultivé les 50 cas de favus qui se sont offerts à notre examen et c'est l'ensemble de nos résultats que nous voulons exposer ici.

Nous tenons à dire que cette étude nous a été singulièrement facilitée par notre excellent ami M. le Dr Sabouraud dont les méthodes et la technique peuvent à juste titre servir de modèles à quiconque voudra se livrer à l'étude des champignons pathogènes. Nous ne pouvions pas mieux faire que de suivre pour le favus une marche analogue à celle qu'il a suivie pour les trichophyties, puisqu'elle l'a conduit à des résultats inattaquables.

Ce qui nous a donc préoccupé avant toute autre chose, c'est le milieu de culture, et nous avons acquis, nous aussi, par la suite une telle certitude de son importance que nous croyons indispensable d'y insister et cela d'autant plus que tous ceux qui se sont occupés de cultiver l'achorion n'ont point semblé y prendre garde.

En mycologie pure l'importance du milieu nutritif est bien connue puisqu'il y a déjà longtemps que Raulin l'a fait ressortir dans son admirable étude sur l'aspergillus ; mais, quant à ce qui est des champignons pathogènes pour l'homme, le livre de Sabouraud est le premier où cette question soit mise à sa véritable place :

« Certains champignons inférieurs, dit-il, sont doués d'une sensi-
« bilité infinie à la composition chimique du milieu sur lequel ils
« sont portés. Suivant ce milieu un même champignon peut varier
« pour ainsi dire sans limites, quant à l'aspect objectif de sa culture,
« et dans des limites très étendues quant à ses formes microscopi-
« ques. Et cependant un *même* champignon sur un même milieu de
« culture fournit une culture toujours identique à elle-même.

« Le milieu devient ainsi le meilleur moyen de différencier par
« leur aspect objectif en culture, deux champignons même d'espèce
« voisine. En outre, il devient un moyen de séparation pour deux
« espèces mélangées, car en augmentant la proportion de certains
« de ses éléments chimiques, on favorisera la culture d'une espèce
« aux dépens de l'autre » (1).

De là il découle que pour cultiver plusieurs cas de favus il faut chercher avant tout un milieu nutritif réunissant deux conditions essentielles.

Ce milieu doit d'abord être suffisamment favorable pour que le champignon s'y développe rapidement et complètement ; il est ensuite de toute nécessité qu'il soit toujours chimiquement identique à lui-même, il faut donc qu'on puisse le fabriquer de toutes pièces dans les laboratoires.

Nous avons recherché parmi les milieux employés pour le favus par nos prédécesseurs ceux qui pourraient répondre à ces conditions et nous n'en avons trouvé aucun.

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'achorion ont cultivé ce champignon sur des milieux ordinaires de laboratoire : bouillon, agar, gélatine, sérum et sur lesquels ce parasite végète avec pauvreté et difficilement, ou sur des milieux comme la pomme de terre, la carotte, l'infusion de malt, extrêmement variables dans leur composition chimique, c'est-à-dire incapables de servir dans une différenciation d'espèces (2).

(1) SABOURAUD. *Les trichophyties humaines*, p. 35.
(2) Voici les principaux milieux sur lesquels on a cultivé l'achorion :

Nous avons donc, par l'emploi de diverses substances nutritives, cherché à remplir les conditions précédemment énoncées.

Pour cela nous avons isolé l'achorion dans cinq cas de favus, puis nous avons avec ces semences pratiqué des cultures sur des séries de matras dans lesquels nous avions disposé de l'agar avec diverses substances.

Nous avons ainsi fait varier dans de larges proportions les doses de matières azotées de divers ordres, puis celles d'acides et d'alcalis, enfin la quantité des sucres parmi lesquels nous avons employé surtout la maltose et la mannite.

Ces essais, qui n'ont pas compris moins de 56 milieux différents et trois mois d'expériences, nous ont amené à cette conviction que l'ordre des substances nutritives les plus favorables à l'achorion est sans contredit la matière albuminoïde riche en azote et dont le type est la peptone. Les proportions de cette substance doivent être assez élevées puisque c'est sur les milieux peptonisés à 5 p. 100 que nos cultures ont atteint, dans le minimum de temps, la plus grande intensité de développement.

On dira peut-être qu'une telle quantité de peptone est inutile, car elle ne peut être utilisée complètemeut par le champignon. Nous nous garderons de rien affirmer sur ce point, peut-être qu'une partie de la substance azotée n'a qu'une simple action de présence, mais nous avons observé trop de faits pour méconnaître l'influence favorable de ces doses élevées de peptone.

Les sucres donnent bien une physionomie différente à une même culture, mais, s'ils influent sur la forme, ils ne semblent en aucune façon influer sur l'intensité de développement. Leur addition nous a donc semblé parfaitement inutile.

Ce résultat concorde d'ailleurs absolument avec celui de M. Verujski dont le travail a nettement établi que dans les milieux de culture le favus consomme presque exclusivement les matières albuminoïdes, tandis que le trichophyton utilise surtout les matériaux hydrocarbonés (1).

Au point de vue de la réaction du milieu, nous avons noté que ceux qui présentaient une neutralité parfaite ou même une légère alcalinité

Kral : agar à 1 p. 100 — bouillon peptonisé — sérum gélatinisé — pomme de terre — infusion de malt — lait.

Plant : bouillon de viande peptonisé — gélatine peptonisée — pomme de terre — sérum avec glycérine 5 p. 100 et peptone 1 p. 100.

Marianelli : agar glycériné surtout.

Unna : un milieu ainsi composé : agar 4, peptone 1, lévulose 3, chlorure de sodium 0 gr. 50 p. 100 — pomme de terre — sérum — agar — bouillon.

Sabrazes : agar 1/2, pept. 1 — bouillon — agar glycériné — pomme de terre — carotte — lait — sérum — moût de bière additionné de 3 parties d'eau.

(1) VERUJSKI. *Annales de l'Institut Pasteur,* août 1887.

étaient incontestablement les meilleurs. Nous remarquerons à ce sujet que les acides nous ont paru avoir une influence beaucoup moindre qu'on ne le croit généralement, puisqu'avec 0 gr. 1 p. 100 d'acide oxalique nous avons encore obtenu des cultures à développement suffisant.

Le milieu que nous avons adopté est donc un milieu neutre et peptonisé à 5 p. 100 et, instruit par l'expérience de M. Sabouraud, nous nous sommes servi surtout de milieux solides dont il a montré la commodité pour les différenciations d'espèces.

Toutes nos cultures ont été pendant leur période de développement maintenues à la température de 33°, indiquée déjà par M. Verujski, et qui nous a semblé la meilleure.

Nous devons ici faire remarquer que notre milieu peptonisé à 5 p. 100 ne doit point être considéré comme le milieu optimum, il laisse après lui de nombreux desiderata ; en particulier il exige de se servir toujours de la même peptone pendant toute la durée des expériences, car cette substance présente des variations assez notables suivant les origines. Il est probable qu'un mycologue arriverait après des études spéciales à trouver un milieu nutritif meilleur pour l'achorion ; mais ces recherches supposent en mycologie et en chimie des connaissances que nous ne prétendons point avoir. Nous nous sommes donc contenté de celui qui, tout en étant le plus simple, a semblé donner des résultats suffisants pour une étude entreprise dans un but médical plutôt que mycologique.

Quant aux autres milieux, après plusieurs expériences, nous les avons presque tous abandonnés et nous n'avons gardé que la pomme de terre sur laquelle l'achorion pousse vite et avec une intensité assez grande. Nous tenons cependant à dire que c'est un milieu sur lequel on ne peut compter, car d'une pomme de terre à l'autre il y a des différences de composition centésimales qui amènent des variétés d'aspect dans un même champignon (Sabouraud).

Enfin il est un dernier point sur lequel nous voulons insister et que Sabouraud lui-même n'a pas suffisamment mis en lumière, bien que les admirables clichés de son ouvrage en donnent une preuve surabondante.

C'est la nécessité de ne cultiver les champignons que sur de larges matras à fonds plats dans lesquels les cultures cryptogamiques, qui sont toutes de progression excentrique, puissent se développer sans rencontrer les parois du verre.

Ce procédé, qu'il a employé pour les trichophytons, est assurément pour une grande part dans la certitude des résultats qu'il a obtenus. En effet, toute colonie qui dans un tube, par exemple, touche aux parois du verre, est obligée à se replier sur elle-même et devient très vite méconnaissable.

Les matras coniques d'Erlenmayer pour les cultures courantes, et les grands matras coniques de Gayon pour les cultures de démonstration sont donc d'une urgence absolue pour toutes les cultures des champignons (1).

II. — Dans l'étude de nos cultures de favus nous avons tout d'abord été frappé d'un fait remarqué déjà par Kral et qui présente une analogie parfaite avec celui que l'on observe pour les trichophytons ; nous voulons parler des associations cryptogamiques.

Quand après avoir isolé l'achorion d'un cas de favus nous en faisions une série de cultures filles, nous obtenions des cultures qui semblaient absolument pures ; mais cette pureté n'était qu'apparente. Au bout de quinze jours ou trois semaines, en effet, nous avons vu dans les 4/5 des cas apparaître en un point quelconque de la culture favique une colonie cryptogamique d'aspect tout à fait différent. Cette particularité nous frappa immédiatement par sa constance, et cela d'autant plus qu'il était impossible de songer à des impuretés accidentelles dues aux manipulations des cultures. Celles-ci auraient en effet été d'une nature différente et seraient toujours apparues à une époque extrêmement précoce.

Nous pensâmes donc à des faits de pléomorphisme, puisque c'est là une des particularités des hyphomycètes.

On sait en effet que dans une culture pure on voit, dans certaines conditions de température, naître des formes végétatives un peu différentes de la colonie primitive et que si l'on fait des cultures filles en

(1) Pour isoler l'achorion d'un cas de favus, voici comment nous avons procédé : 1° Isolement de l'achorion dans le cheveu : le cheveu favique est placé sur une lame de verre préalablement flambée, et à l'aide d'aiguilles coupantes, on le divise en petits tronçons aussi courts que possible, puis avec une baguette de platine on transporte ces tronçons à la surface d'un tube d'agar en les espaçant de quelques millim. On met à l'étuve ou mieux on laisse à la température du laboratoire et en 10-15 jours on voit se développer des colonies cryptogamiques commençant par un fin mycélium grisâtre. Souvent il existe des souillures (staphylocoques, etc.), mais si l'on a opéré avec un nombre suffisant de tronçons, il se trouve toujours quelques colonies non souillées.

2° Isolement de l'achorion d'un godet. On prend une parcelle du godet et on l'écrase entre deux lames de verre flambées, puis avec un fil de platine on effleure la poussière ainsi obtenue ; on pratique alors des piqûres sur un tube d'agar, le développement a lieu comme précédemment. De ces premières colonies il est facile de partir pour en avoir de nouvelles que l'on purifie par des passages successifs sur des tubes d'agar.

Kral de Prague a indiqué une méthode de séparation d'une rigueur absolue et qui consiste à partir d'une seule spore. Dans le laboratoire de M. le Dr Besnier, M. Sabouraud et moi nous avons essayé plusieurs fois cette méthode, mais nous nous sommes heurtés à des difficultés telles que, dans la pratique courante des laboratoires et pour des recherches médicales, elle nous semble devoir être abandonnée. Nous renvoyons d'ailleurs sur ce point au travail de M. Sabouraud. (*Les trichophyties humaines*, p. 43 et suiv.)

partant de ces points, on obtient des colonies dont l'aspect diffère quelquefois beaucoup de la culture mère, et cependant il s'agit toujours dans ces cas d'un champignon unique.

Mais nous avons dû éloigner l'idée de pléomorphisme, car l'expérience nous a démontré de la façon la plus évidente que nous étions en présence d'associations cryptogamiques. Comme nous l'avons dit, Kral avait d'ailleurs déjà signalé ce fait en 1891 à propos des cultures faviques et dans l'étude des mycoses humaines ne le retrouve-t-on pas pour les trichophytons à grosses spores (1) et pour le microporon furfur (2).

Dans les faits de pléomorphisme on trouve toujours des affinités absolument identiques pour les mêmes substances nutritives, puisque l'on a toujours affaire au même parasite.

Or quand nous avons repris sur les cultures faviques, les colonies d'aspects différents, et que nous les avons cultivées séparément, nous avons constaté, outre des différences capitales d'aspect (3), que sur les milieux fortement peptonisés, favorables au favus, ces cultures poussaient lentement et n'arrivaient qu'à un développement fort médiocre. Sur les milieux sucrés au contraire, défavorables à l'achorion, sur le moût bière, par exemple ou sur l'agar peptonisé à 1 p. 100 et mannité à 4 ou 5 p. 100, elles acquéraient en fort peu de temps un développement considérable.

Ce fait, quand on connaît bien l'influence du milieu nutritif, est absolument décisif en faveur d'une association cryptogamique, aussi ne craignons-nous pas de l'affirmer ici.

Mais quant à ce qui est du rôle de ces champignons associés, nous restons dans le doute en nous contentant seulement de dire qu'ils ne semblent point être pathogènes. Les inoculations que nous avons tentées avec eux sont en effet restées constamment négatives, et d'autre part quand après avoir isolé d'un cas de favus l'achorion et un champignon différent, nous avons inoculé à des souris l'achorion seul, nous avons obtenu de nouveaux godets faviques. Nous ne pouvons mieux faire en présence de ces faits que de conclure d'une façon identique à celle de M. Sabouraud pour les trichophytons à grosses spores. Après avoir écarté l'idée d'un rôle pathogène et d'un parasitisme au deuxième degré, il pense que ce sont là des faits de commensalisme simple. Jusqu'à nouvel ordre nous considérerons donc ces

(1) SABOURAUD. *Loc. cit.*

(2) KOTTLIAR. *Microsp. furfur* : *Vratch,* n° 42, 1892, p. 1055.

(3) Tandis que la culture favique se présente sous une forme croûteuse sèche ou humide et irrégulière, les colonies nouvelles donnent naissance à des cultures absolument blanches, couvertes d'un fin mycélium aérien et d'une disposition symétrique et régulière remarquable. Ces nouvelles formes après une longue série de passages successifs ne nous ont jamais donné de retour aux cultures faviques.

champignons associés au favus, comme des commensaux et c'est ainsi que nous les désignerons.

III. — Après avoir isolé l'achorion dans chacun des cas de favus que nous avons observés, nous avons comparé entre elles nos cultures.

A un examen superficiel il semblait y avoir dans ces cultures une pluralité remarquable d'espèces. Cependant en observant de plus près nous sommes arrivé à ramener tous ces champignons d'aspects différents à 5 types principaux dont la fréquence est très inégale (1).

Celui que nous avons rencontré le plus souvent est absolument identique à l'achorion Schœnlenii décrit par Kral.

Sur pomme de terre, il donne de petites colonies qui débutent entre le quatrième et le sixième jour et qui, au bout de 10-15 jours, prennent l'aspect de petites élevures de 3 à 4 millim., mamelonnées, irrégulières, gris blanchâtre, sèches, ne présentant pas de mycélium aérien. Assez rapidement on voit autour de la culture la pomme de terre prendre une teinte brune, mais peu foncée.

Sur agar ordinaire, la culture commence au troisième jour et arrive à son développement vers le vingtième jour; son aspect est alors celui d'une colonie grise, blanchâtre, sans mycélium aérien, souvent poudrée de blanc à sa partie centrale, présentant à sa face inférieure un aspect terreux.

Sur agar peptonisé à 5 p. 100 la culture acquiert en quinze jours environ un développement beaucoup plus considérable que sur le milieu peptonisé à 1 p. 100, elle se montre alors avec un aspect irrégulier qui rappelle assez bien les circonvolutions cérébrales et sa couleur est gris blanchâtre, d'apparence sèche ; l'agar se colore assez vite en jaune.

Nous avons ensuite trouvé avec une grande fréquence, quoique moins souvent que l'achorion Schœnlenii, un autre champignon tout à fait facile à reconnaître immédiatement.

Sur pomme de terre, la culture, qui se développe dans le même laps de temps que l'achorion Schœnlenii, donne une traînée gris brunâtre, humide, surélevée et que l'on pourrait, nous semble-t-il, comparer assez justement à de la terre fraîchement remuée ; d'une consistance extrêmement friable, les colonies en se développant amènent très vite sur la pomme de terre une coloration brune beaucoup plus foncée que dans le cas précédent.

(1) Nous avions au début de nos études sur le favus pensé qu'il existait 7 variétés de champignons. Nous avons dû par la suite réunir 2 de ces variétés à l'une des cinq dont nous parlons actuellement. Quand nous avons commencé à cultiver l'achorion, nous n'étions pas en effet en possession de la technique à laquelle nous sommes arrivé par la suite et des variations dans la composition des milieux nous avaient alors induit en erreur.

Sur agar peptonisé à 5 p. 100 la culture commence au troisième jour et arrive à son développement en 10-12 jours : elle prend alors une couleur gris brunâtre, un aspect humide et irrégulier qui, sur la surface de la culture, a l'apparence d'une membrane plus ou moins étalée avec de petites irrégularités et présentant une élevure centrale.

Très rapidement on voit le milieu se colorer en brun et acquérir une teinte foncée beaucoup plus marquée que pour l'achorion Schœnlenii.

Nous n'avons pas trouvé, dans les auteurs qui se sont occupés de cultiver le favus, de description pouvant s'appliquer à cette variété et nous la désignons sous le nom d'achorion à cultures brunes et humides.

En procédant par ordre de fréquence, le troisième type que nous avons isolé apparaît de la façon suivante :

Sur pomme de terre, à leur développement complet (douze jours environ), les colonies qui se réunissent, forment une traînée brune, surélevée, irrégulière, mais dont les plis et les irrégularités sont beaucoup plus fines que celles de la deuxième variété dont nous avons parlé, de plus la culture ne prend jamais l'aspect humide, enfin elle colore le milieu en brun comme la précédente.

Sur agar peptonisé à 5 p. 100, la culture acquiert une extension complète en quinze jours à peu près ; elle offre alors l'aspect d'une croûte surélevée brun foncé, absolument sèche et présentant des plis irréguliers dans leur disposition et dont les enfoncements figurent parfois des godets.

C'est avec ce champignon que nous avons observé la coloration brune la plus intense du milieu de culture.

De même que pour le précédent nous n'avons pu le rattacher à aucune description des travaux antérieurs et, par opposition à la variété précédente, nous l'avons appelé achorion à cultures brunes et sèches.

Nous avons trouvé ensuite trois fois l'achorion atakton décrit par Unna et Neebe, deux fois chez des enfants et une fois chez une souris favique qui nous fut envoyée d'Autun.

Enfin dans deux cas de favus humain nous avons isolé un champignon absolument identique à l'achorion enthytrix de Unna (1).

(1) Nous rappellerons ici que dans le travail de M. Sabrazes, dont les tendances unicistes sont évidentes, ces deux variétés sont considérées comme les seules admissibles parmi toutes celles qu'ont décrites Unna et Neebe ; voici leurs caractères :

Achorion enthytrix. Sur pomme de terre, membrane plissée, blanche, couleur crème, avec un mycélium aérien rare, développement rapide.

Sur agar peptonisé 5 p. 100, colonie régulièrement arrondie, d'abord blanche, duveteuse, mais qui prend sur une vieille culture un aspect humide et jaunâtre avec de petites irrégularités ; face inférieure jaune clair.

Tels sont donc les cinq types auxquels nous sommes arrivés par l'étude des cultures et nous croyons qu'ils doivent être maintenus car ils sont restés constamment différents sur tous milieux sans jamais tendre à se réunir les uns aux autres.

Depuis quatorze mois nous conservons dans le laboratoire de M. le Dr E. Besnier des types de ces cultures qui n'ont pas subi moins de vingt passages successifs en reprenant toujours les mêmes caractères sur le même milieu.

Cette fixité des caractères objectifs différents observés pendant longtemps et sur plusieurs milieux nous semble décisive pour établir une distinction entre ces types de champignons.

Mais de quelle nature est cette distinction ? S'agit-il là d'espèces profondément séparées les unes des autres, ou simplement de variétés d'une même espèce ? Sans vouloir trancher cette question d'une manière définitive, nous pensons que c'est à la dernière hypothèse qu'il faut se rattacher.

Ce ne seraient que des variétés d'une même espèce, car les affinités pour les substances nutritives, le mode de développement des cultures, les formes conidiennes de reproduction, les seules que l'on observe, qui sont exactement semblables pour tous les champignons que nous avons observés, plaident singulièrement en faveur de cette manière de voir.

Quant à ce qui est de l'origine de ces variétés d'une même espèce, nous nous rattachons volontiers à l'opinion de M. Sabrazes, hypothétique il est vrai, mais assurément très plausible.

« Il est possible, dit-il, que ces espèces dérivent d'une souche « commune, et que, par suite d'une adaptation prolongée à des « milieux organiques différents, elles se soient converties à la longue « à travers des séries ininterrompues de générations en espèces qui « sont actuellement irréductibles l'une à l'autre et do les diver- « gences s'accuseront encore dans l'avenir (1). »

Cette opinion peut être admise, comme nous le disions, au titre d'hypothèse, mais ce que nous tenons avant tout à répéter ici, c'est que la fixité de ces variétés de champignons nous est toujours apparue comme absolue, et que nous ne savons aucun moyen de ramener leurs cultures au type de l'achorion le plus fréquent qui peut être hypothétiquement admis comme leur souche mère.

Il importe aussi de faire ressortir combien ces faits son identiques

Achorion atakton. — Sur pomme de terre, gazon blanc à peu près analogue à l'achorion enthytrix mais plus épais et plus blanc.

Sur agar peptonisé à 5 p. 100, au début tapis blanc ; dans une culture plus vieille, membrane blanchâtre mince, étalée, avec quelques gros plis arrondis, finement poudrés de blanc, en certains points, face inférieure jaune clair.

(1) SABRAZES. *Loc. cit.*

à ceux que l'on observe pour les trichophytons. Chez ces derniers également les caractères des variétés, même très voisines, persistent indéfiniment et jamais aucune de ces variétés n'a pu être ramenée au type primitif dont elle semble dériver (V. Sabouraud, *loc. cit.*, p. 57 et 58) (1).

INOCULATIONS

Nous avons enfin tenu, pour compléter ce travail, à donner la preuve de la virulence des divers champignons que nous avons isolés. Nous avons donc inoculé à des souris, l'animal réactif par excellence pour le favus, sur les oreilles et à la base de la queue, nos différents types de champignons et nous avons obtenu dans tous les cas des godets typiques ; les rétro-cultures ont été faites à chaque expérience et ont montré l'identité parfaite entre la culture inoculée et celle provenant des lésions de la souris. Ces faits nous ont paru suffisamment probants ; aussi n'avons-nous point multiplié ces inoculations. Nous tenons seulement à redire ici que les commensaux que nous avons isolés des cultures de favus ont été inoculés plus de dix fois à la souris sans aucune espèce de résultat. L'expérience a de même été négative dans un cas sur la peau de l'homme. Ces faits sont, à notre sens, démonstratifs du rôle pathogène complètement nul de ces commensaux.

NOTES MYCOLOGIQUES

Relativement à l'achorion il reste encore une question de la plus haute importance mycologique, mais jusqu'ici sans solution définitive; c'est celle de la place qu'il doit occuper dans la classification des champignons.

MM. Costantin et Sabrazes, qui se sont activement occupés de ce point particulier, ne pensent pas qu'on doive placer l'achorion parmi les mucozinés. Pour le moment ils tendent à croire que c'est peut-être une forme conidienne d'ascomycète dont la forme parfaite est à rechercher.

Nous avons maintes fois étudié les cultures d'achorion en cellules dans le but de chercher le mode de reproduction du champignon et nous avons toujours trouvé de simples formes conidiennes, ayant l'aspect de renflements volumineux, arrondis ou ovoïdes, à double contour, qui se montrent dès le cinquième ou sixième jour; plus tard ces

(1) Nous comprenons très bien que toutes les affirmations sur ces points, quel que soit le travail qui les ait établies, ne puissent convertir aux idées auxquelles elles aboutissent ceux qui n'auront pas vu les cultures des diverses variétés d'achorion. Aussi renvoyons-nous à l'*Atlas photographique* du Dr Doyen (Ruef, édit.). A ces clichés il manquera toujours l'important appoint de la couleur, mais tels qu'ils sont ils nous paraissent cependant très démonstratifs.

cultures en cellules ne contiennent plus que des oïdies arrondies, très nombreuses et irrégulièrement disposées.

Dans deux ou trois cas cependant nous avons observé des formes nettement différenciées ayant l'apparence d'un bouquet à l'extrémité d'une hyphe terminale et qui semblent devoir être l'appareil reproducteur externe de l'achorion ou tout au moins son rudiment.

L'excessive rareté de ces faits nous empêche d'en tirer jusqu'à nouvel ordre aucune conclusion.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les facteurs d'étiologie du favus se place en première ligne la contagion immédiate ou médiate par un favique. La contagion animale existe aussi ; elle est de beaucoup moins fréquente.

Peut-être enfin l'achorion existe-t-il à l'état de saprophyte ; dans cette hypothèse il serait possible que l'homme rencontrât libre dans la nature le germe origine de sa contagion.

II. — Au point de vue clinique, on a très justement distingué des formes diverses de favus (favus impétigineux, favus atypique, etc...).

Cependant dans tous les cas l'examen attentif de la lésion élémentaire (godets et poils faviques) démontre qu'elle reste la même. Nous croyons que les différences qui séparent ces formes cliniques tiennent aux caractères accessoires de nombre, de disposition, d'intensité des lésions et à l'association de micro-organismes d'ordre banal avec l'achorion.

Tandis que dans les diverses trichophyties les caractères élémentaires peuvent tous varier, nous croyons pouvoir conclure, malgré des différences d'aspect quelquefois très grandes, à l'unité clinique du favus.

III. — L'examen microscopique des lésions faviques ne peut, dans l'état actuel des connaissances, prouver ni l'unité ni la pluralité du favus. S'il est en effet vrai de dire que les formes de l'achorion dans le cheveu sont très analogues dans tous les cas, ces formes sont du moins extrêmement multiples.

Ce polymorphisme, qui existe jusque dans les cheveux d'un même individu, rend moins évidente l'unité du parasite à laquelle cependant un grand nombre d'examens semblent conclure.

IV. — L'étude des cultures d'achorion démontre les faits suivants :

A. — Le milieu de culture joue pour l'achorion, comme pour tous les champignons, un rôle de la plus haute importance. Si l'on méconnaît cette importance, les résultats que l'on obtient n'ont plus aucune rigueur expérimentale.

B. — Dans les cultures d'achorion, comme dans celles des tricho-

phytons à grosses spores, il existe des associations cryptogamiques, et cela dans les quatre cinquièmes des cas.

Les champignons associés n'ont aucun rôle pathogène et ne semblent se joindre à l'achorion qu'au simple titre de commensaux.

C. — Il existe des variétés incontestables d'achorion ; elles sont peu nombreuses et voisines les unes des autres, mais elles semblent absolument distinctes entre elles. En effet, après de longs passages successifs sur tous milieux, elles demeurent absolument irréductibles les unes aux autres.

Sur 50 faviques nous avons trouvé cinq variétés de champignons qui sont par ordre de fréquence :

1° L'achorion Schoenlenii décrit par Kral;

2° et 3° Deux variétés dont nous n'avons pas retrouvé la description dans les auteurs qui se sont occupés de cultiver le favus;

4° L'achorion enthytrix de Unna;

5° L'achorion atakton de Unna.

Au point de vue cryptogamique la pluralité des favus humains est donc démontrée, mais jusqu'ici l'examen le plus attentif des lésions n'a aucunement permis d'établir une relation entre l'espèce causale du favus et sa forme clinique.

Contrairement à ce fait que la pluralité des trichophytons correspond à la pluralité des trichophyties, il n'a pas encore été possible de donner à chaque espèce favique des caractères cliniques distincts. Pour le moment le fait de la pluralité des favus reste donc sans conséquences cliniques et confiné dans le domaine scientifique pur.

V. — La véritable forme de fructification de l'achorion étant jusqu'à présent inconnue, sa place dans la classification des champignons reste encore à fixer.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 8 NOVEMBRE 1894

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Présentation d'ouvrages. — A propos du procès-verbal : Angiokératomes ou lymphangiectasies, par M. A. Renault. (Discussion : M. Du Castel.) — Récidive in situ d'un érythème polymorphe, par M. Hallopeau. (Discussion : M. Du Castel.) — Paroles prononcées par M. Hallopeau aux obsèques de M. le professeur Rollet. — Notice nécrologique sur M. le professeur Rollet, par M. Jullien.

Ouvrages offerts à la Société.

A. Breda. *Manuale pratico di malattie veneree e sifilitiche*. Padoue, 1889.

— Contributo alle cheratodermie. Ext : *Giornale Ital. delle mal. ven. e della pelle*.

— Sui peli Moniliformi. Ext. : *Rivista Veneta di scienze mediche*.

— Caso di eritema multiforme essudativo da lesione funzionale del sunpatico. Ext. : *Gazetta medica italiana*.

— Frattura spontanea della clavicola sinistra da sifilide. Ext. : *Gazetta medica italiana prov. venete*.

— Eritema nodoso diffuso alla cute alla bocca laringe trachea e testicolo destro. Ext. : *Rivista Veneta di scienze mediche*. Venise, 1885.

— Perionissi multiple e gomme cutanee precoci. Ext. : *Veneta di scienze mediche*.

— Il massaggio nello scleroderma. Ext. : *Rivista Veneta di scienze mediche*.

— Casi di spondilite cervicale e di frattura spontanea costale da sifilide. Ext. : *Giornale Ital. delle mal. ven. e della pelle*.

— Anatomia del lupus delle mucose. Ext. : *Riv. Veneta di scienze mediche*.

— Rapporti tra i bacilli e le degenerazioni jaline del rinoscleroma. Ext. : *Gionale Ital. delle mal. ven. e della pelle*.

Voltera. Gangrena parziale del prepuzio e della guaina della verga da streptococco. *Commentario clinico*, II, Vienne, 1894.

Ehlers, La syphilis tertiaire, sa fréquence, ses échéances, ses localisations et sa dépendance de l'absence du traitement mercuriel, Ext. : *Nordiskt med. Archiv*, 1894.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Angiokératomes ou lymphangiectasies.

Par M. Alex. Renault.

A la séance du 13 juillet dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société dermatologique, une malade, dont M. le sécrétaire n'a pas fait mention au procès-verbal. Il n'est pas sans intérêt, ce me semble, d'indiquer la cause de cette omission. A mon insu, M. le Dr Tenneson avait déjà mis cette malade sous les yeux des membres de la Société, à la séance du 14 décembre 1893. N'assistant pas à cette réunion, j'ignorais le fait. La lecture des bulletins, direz-vous, aurait dû me l'apprendre et ainsi eût été écartée une communication, qui ne pouvait être acceptée, puisqu'elle faisait double emploi. Si j'ai commis cette erreur, la faute ne doit point m'en être imputée. Elle tient à ce que la lésion de ma malade était, comme je vais vous le montrer, susceptible d'une double interprétation.

A la séance du 14 décembre 1893, la communication de MM. Tenneson et Darier portait le titre de « Varices lymphatiques de la muqueuse buccale ».

Le 12 juillet dernier au contraire, j'annonçais une malade, atteinte d'angiokératome. Pourquoi cette différence de diagnostic ? La chose mérite explication.

Je dois d'abord faire remarquer que, cliniquement, la nature de la lésion n'avait pu être déterminée, pas plus à Saint-Louis qu'à l'hôpital Broca.

Voici textuellement, en effet, ce que je lis dans la communication de M. le Dr Tenneson à la Société dermatologique (*Séance du 14 décembre* 1893) : « Quand la malade est entrée dans mon service au mois de juillet dernier », dit M. Tenneson, « il m'a été impossible de faire le diagnostic avec les seuls caractères cliniques de la lésion. Plusieurs de mes collègues et d'autres médecins très compétents en dermatologie n'ont pas été plus heureux que moi. »

En deux mots, voici comment se présentait objectivement cette lésion :

Chez une strumeuse, âgée de 20 ans et atteinte d'un œdème de la joue droite, suite d'érysipèles répétés, on constatait sur les deux lèvres et au

voisinage des commissures de petites saillies miliaires, dont la plupart étaient cornées et dont quelques-unes, semi-transparentes, siégeaient sur la moitié droite de la lèvre inférieure.

Le premier examen histologique, pratiqué après biopsie par M. Darier, a conduit notre distingué collègue à conclure qu'il s'agissait de varices lymphatiques de la muqueuse buccale. Mais notons que de prime abord, il avait pensé à des cavités d'origine vasculaire. M. Darier dit, en effet, que dans la portion supérieure du derme, dans celle qu'on appelle corps papillaire, il existe des cavités de diverses grandeurs, contenant, rétracté contre un point de leur paroi, un petit caillot fibrineux, renfermant des globules blancs et dans les autres parties de la cavité des granulations jaunes, ayant tout à fait l'aspect et les caractères chimiques du sang. Mais pour lui, ce sang a pénétré dans la cavité pendant l'acte même de la biopsie, au moment de l'incision du petit lambeau. Car il s'agit en réalité de lacunes lymphatiques et non point de cavités vasculaires. Voici ses arguments :

1° Identité de structure de ces cavités avec des canaux manifestement lymphatiques.

2° Richesse de leur contenu en globules blancs, comparée à leur teneur en globules rouges. La numération à l'aide de la chambre humide graduée de M. Malassez donne en effet 1,000 à 1,200 globules blancs pour 4 à 5,000 globules rouges par millimètre cube, c'est-à-dire 200 fois plus de leucocytes que s'il s'agissait d'un sang normal.

M. Darier en conclut que le liquide des vésicules est de la lymphe mêlée d'une légère quantité de sang, provenant de l'ouverture de quelques capillaires voisins.

A quatre mois et demi de là, le 2 avril 1894, la même malade entre à l'hôpital Broca dans mon service. Le 19 mai, un lambeau de la région malade est extirpé par biopsie et confié dans le laboratoire du professeur Cornil à l'examen de M. le Dr Toupet. Or voici la note avec dessin à l'appui que m'adresse cet habile histologiste.

Les vaisseaux des papilles sont extrêmement dilatés au point de figurer de véritables lacunes kystiques dans certains endroits, et les vasa-vasorum de ces vaisseaux dilatés sont très développés.

Ailleurs, on trouve des vaisseaux oblitérés et contenant dans leur intérieur deux ou trois capillaires de nouvelle formation, comme on en voit dans les oblitérations des phlébites. Dans certains endroits enfin les gros vaisseaux sont en partie oblitérés par des bourgeons fibreux eux-mêmes vascularisés.

Entre cette charpente vasculaire, on retrouve des cellules épidermiques dont les noyaux se colorent très peu. Quelques cellules, surtout du côté de la couche cornée, ont subi la dégénérescence kystique.

Il s'agit, ajoute M. Toupet, d'une tumeur vasculaire de nature bénigne, qui ne semble pas devoir récidiver, si elle a été complètement enlevée.

Me basant sur les résultsts de cet examen, j'en avais conclu qu'il devait s'agir de la maladie appelée à tort lymphangiome par un grand nombre d'auteurs, hématangiomes par MM. Besnier et Jacquet,

télangiectasie verruqueuse par M. Brocq, verrue télangiectasique par M. Dubreuilh de Bordeaux, angiokératome enfin par Mibelli et Pringle.

Mais pourquoi cette dissidence entre deux histologistes, dont nul ne saurait contester la valeur.

Si nous nous reportons au chapitre que M. Besnier a consacré dans ses annotations au traité de Kaposi à ces tumeurs rares de la peau qu'il appelle pseudo-lymphangiomes, nous pourrons en trouver l'explication.

Se basant en effet sur trois observations, l'une de Colcott Fox, les deux autres de Schmidt, recueillies à la clinique du professeur Doutrelepont, notre maître fait remarquer que la distinction entre l'origine lymphatique ou vasculaire de certaines lacunes du derme cutané ou muqueux est très difficile à établir et que pour lui les faits des auteurs précités, appelés par eux lymphangiomes, ne sont autre chose que des angiokératomes, eu égard à leur contenu sanguin et à leur mode de début, qui est souvent une éminence pourpre. (Cas de C. Fox).

Dans la seconde observation de Schmidt, il s'agit d'un angiome des muqueuses, qui peut être rapproché de notre cas, et bien que l'auteur allemand rejette le terme d'hématolymphangiome, comme ne pouvant pas s'appliquer à sa malade, il n'en admet pas moins chez elle l'existence de capillaires sanguins dilatés et de lymphatiques variqueux, dans lesquels le sang aurait pénétré accidentellement.

C'est donc là un chapitre à revoir et tous les cas de ce genre doivent être colligés avec soin. Il est possible en effet qu'à côté des angiokératomes et des lymphangiectasies pures, il y ait, comme le veut Vegner, des productions mixtes qui obscurcissent encore la question et nécessitent non pas seulement l'étude minutieuse de la marche clinique de la lésion, mais encore des examens biopsiques pratiqués à diverses périodes de l'évolution morbide pour en connaître à fond la physiologie pathologique.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'une production rebelle, récidivant facilement quand elle n'a pas été détruite entièrement par le fer rouge. Bien que cette opération ait été pratiquée par M. Tenneson, pendant le séjour de la malade dans son service, la lésion s'est reproduite. De nouveau, nous avons fait agir très profondément le thermocautère et cependant la guérison n'est point encore définitive. L'amélioration est assurément considérable, ainsi que j'ai pu m'en assurer en revoyant la malade ces jours derniers. Néanmoins, quelques petites tumeurs ont reparu, et une troisième intervention serait encore nécessaire.

M. Du Castel. — Le dessin histologique, que M. Renault nous fait pas-

ser sous les yeux, ne me paraît en aucune façon contraire à l'hypothèse de varices lymphatiques que M. Darier avait émise. Sur ce dessin, nous voyons de grands espaces clairs creusés au milieu du tissu conjonctif, sans parois propres, recouverts d'un endothélium. Les parois de ces espaces sont bien végétantes sur quelques points ; mais je ne vois là aucune structure des parois qui permette d'affirmer que nous sommes en présence de vaisseaux sanguins malades et non de simples dilatations lymphatiques. Il me semble même que les espaces en question ont bien plus les apparences de dilatations lymphatiques que de canalicules sanguins enflammés. J'admettrais d'autant plus volontiers l'hypothèse de M. Darier que la malade a été plusieurs fois atteinte d'érysipèles, que nombre de ganglions au cou sont chez elle malades, que nous sommes donc en présence de troubles profonds du système lymphatique ganglionnaire et qu'elle est, on pourrait dire, la victime d'une maladie connue pour atteindre profondément le système lymphatique.

Récidive in situ d'un érythème polymorphe.

Par M. HALLOPEAU.

A propos de la communication que j'ai faite à Lyon, le 4 août, sous cette dénomination, M. Brocq a émis, à juste titre, l'opinion qu'il pourrait s'agir d'une éruption provoquée par l'antipyrine et je me suis engagé à faire une enquête à ce sujet. Les résultats en ont été d'abord fort indécis : la dernière poussée s'était, il est vrai, produite deux ou trois heures après l'ingestion d'un gramme d'antipyrine pris pour conjurer le développement d'une migraine au début ; lors des précédentes manifestations, on se rappelait une fois ou deux une coïncidence analogue ; l'attention n'avait pas d'ailleurs été attirée de ce côté. D'autre part, on pouvait affirmer que, jusqu'au mois d'octobre 1893, l'antipyrine, prise fréquemment dans le même but, n'avait jamais provoqué d'éruption semblable : c'est ainsi qu'en août 1892, ce médicament avait été administré sans qu'il survînt d'accidents, à la dose quotidienne de 3 grammes, et qu'en une autre circonstance il en avait été de même pour une injection sous-cutanée.

Il restait donc une incertitude relativement à l'action de ce médicament sur les éruptions qui se sont renouvelées depuis un an chez Mme A.... Pour juger la question, elle a bien voulu l'expérimenter de nouveau, quelque pénibles que fussent les accidents. Le 30 octobre, à 7 heures du soir, se trouvant en plein état de santé et en dehors de l'époque menstruelle, elle a ingéré 50 centigrammes d'antipyrine, dose moitié moindre de celle qu'elle prenait d'habitude ; quatre heures après, elle éprouvait une sensation pénible de chaleur au visage et aux mains, en même temps que de l'agitation et un certain degré d'angoisse ; le lendemain matin, l'éruption érythémateuse et vésiculeuse s'était reproduite dans ses lieux d'élection, c'est-à-dire sur le

dos de la main gauche, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, à la face palmaire du pouce droit, au menton, sur la moitié gauche de la lèvre supérieure et sur le lobule du nez ; en plus, il s'est produit cette fois une éruption papuleuse disséminée sur le dos des mains.

Lorsque nous avons revu Mme A..., le 2 novembre, le malaise général avait entièrement cessé, les vésicules s'étaient concrétées en croûtelles jaunâtres ; l'érythème du dos des mains s'était effacé.

En présence de ces faits, il n'y a plus de place au doute ; c'est bien sous l'influence de l'antipyrine que se sont produites, chez Mme A..., les poussées successives d'érythème polymorphe. C'est un nouveau fait à ajouter à ceux qu'a fait connaître M. Brocq.

Il est remarquable que ces éruptions ne se soient produites que depuis un an, alors que depuis longtemps Mme A... usait largement du médicament. Ce n'est pas là cependant un fait particulier à l'antipyrine. Nous connaissons un sujet qui, après avoir fait pendant des années, sans accidents, un prodigieux abus de l'iodure de potassium, ne peut plus ingérer actuellement ce même médicament pendant quelques jours sans présenter des nodosités sous-cutanées caractéristiques. Un autre de nos malades voyait survenir dans les mêmes conditions des éruptions bulleuses. Ces sujets présentent-ils en avançant en âge une moindre résistance ? Quoi qu'il en soit, il semble bien que le médicament entretienne par lui-même la production de *vulnérabilités régionales*, puisque les éruptions se reproduisent toujours exactement dans les mêmes parties successivement envahies.

Nous ferons remarquer, en terminant, que nos conclusions relatives à ces érythèmes doivent être maintenues, avec cette différence qu'il faut substituer l'action de l'antipyrine à celle des époques menstruelles et des toxines autochtones que nous avions d'abord invoquées.

M. Du Castel. — Le fait que vient de signaler notre collègue M. Hallopeau, de l'intolérance pour un médicament survenant après que ce médicament a été bien supporté pendant un certain temps par le malade, est loin d'être un fait exceptionnel. J'ai eu l'occasion de l'observer aussi, il y a plusieurs années, à propos de l'emploi de l'antipyrine. Un de mes clients, qui avait usé largement et sans inconvénient de l'antipyrine, fut pris tout à coup d'intolérance absolue. Observateur soigneux, il vit à un moment donné que chaque fois qu'il absorbait de l'antipyrine il était pris d'une éruption généralisée atteignant plus ou moins toute la surface du corps, mais surtout la face et le gland. C'est lui-même qui vint me signaler le fait et me demander si je connaissais un moyen de lui administrer l'antipyrine en lui évitant cet inconvénient. Sur ma réponse négative, il renonça à l'usage du médicament. Après de longs mois de repos, dans le but de voir si l'intolérance était toujours la même, je fis prendre à mon client moins d'une cuillerée à café de solution d'antipyrine Clin (le médicament dont il faisait habituellement usage) ; les accidents se reproduisirent.

Mort de M. le professeur Rollet.

M. Hallopeau donne lecture des paroles qu'il a prononcées, au nom de la Société, aux obsèques de M. Rollet :

Messieurs,

Je viens, au nom de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, rendre un dernier hommage au professeur Rollet. Il était notre président d'honneur et avait accepté de présider effectivement la session qui se tient en ce moment à Lyon.

Avant-hier matin, à l'ouverture de notre première séance, une lettre, écrite de sa main, nous informait que son état de santé ne lui permettait pas de diriger nos travaux; elle se terminait par ce mot qui a été la devise de toute sa vie : *Laboremus.* Cette lettre a été sa dernière production scientifique ; il a été frappé au moment même où il la terminait.

Rollet meurt dans toute sa gloire, peu de temps après que l'Académie de médecine l'avait élu son associé national; il a eu la satisfaction de voir ses grandes découvertes en syphiligraphie être confirmées par l'expérience universelle; ce n'est pas seulement l'école lyonnaise qui est frappée par sa disparition soudaine et inattendue, c'est la science française tout entière qui le pleure avec nous.

M. Jullien donne lecture d'une notice nécrologique sur M. le professeur Rollet (voir p. 1209).

Le secrétaire,

L. Jacquet.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1894

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Lecture du procès-verbal. — Correspondance manuscrite. — Correspondance imprimée. — Éruption zostériforme dans le cours de la syphilis, par M. JULLIEN. (Discussion : MM. DU CASTEL, E. BESNIER, A. FOURNIER, RENAULT, JULLIEN.) — Dermatose post-vaccinale en placards simulant l'urticaire pigmentée, par M. J. DARIER. (Discussion : MM. RAYMOND, FEULARD, DARIER.) — Altérations gangréneuses et nécrotiques multiples et unilatérales de l'extrémité céphalique, par MM. HALLOPEAU et LE DAMANY. (Discussion : MM. DU CASTEL, HALLOPEAU, SABOURAUD.)— Psoriasis et syphilide papuleuse, par M. A. RENAULT. (Discussion : MM. RAYMOND, A. FOURNIER, FEULARD.) — Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire, par M. MENDEL. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DU CASTEL). — Sur un nævus lichénoïde en série linéaire correspondant aux lignes de Voigt, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, A. FOURNIER, E. BESNIER, DU CASTEL.) — Ichtyose familiale, par M. JEANSELME. (Discussion : MM. E. BESNIER, BEAUDOUIN.) — Pseudo-éléphantiasis des bourses par lichénification, par M. PAUL GASTOU. — Observation d'arthropathie tibio-péronéale droite diabétique, par M. E. GAUCHER. (Discussion : MM. A. FOURNIER, E. BESNIER.) — Sur la syphilis oculaire héréditaire, par M. GALEZOWSKI. (Discussion : M. A. FOURNIER.)

La correspondance imprimée comprend : une brochure intitulée : 1° *La lèpre est une maladie héréditaire.* 2° *Quelques mots sur le traitement et la curabilité de la lèpre* », par le Dr ZAMBACO-PACHA (de Constantinople).

Une note sur *les affections syphilitiques des artères et des veines;* une autre sur l'*hypnotisme et la suggestion,* par le Dr PEPPO ACCHIOTÉ (de Constantinople).

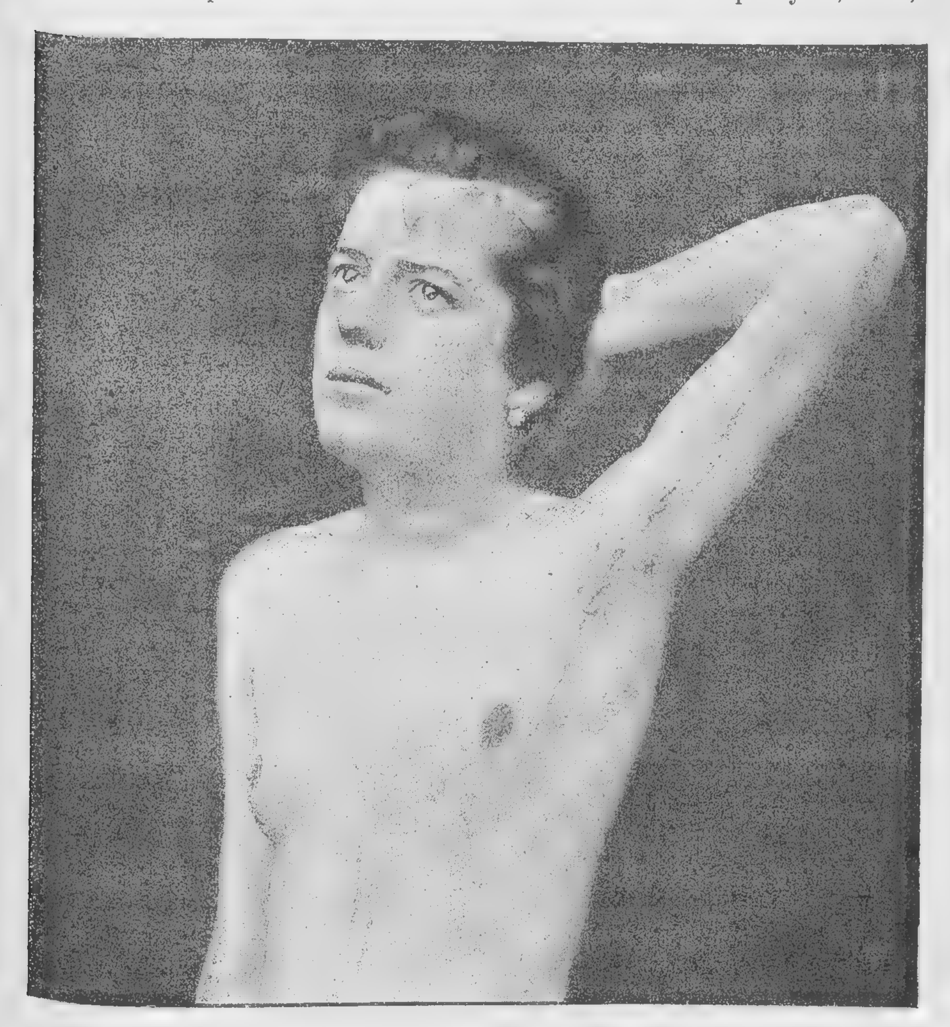
Éruption zostériforme dans le cours de la syphilis.

Par le Dr L. JULLIEN,
Chirurgien de Saint-Lazare.

L'histoire du zona ou des dermatoses similaires présente encore tant d'obscurité qu'en ne saurait recueillir avec trop de soin les observations qui s'y rapportent, surtout lorsqu'elles se distinguent par quelque trait peu ordinaire. A ce titre l'étude du fait suivant ne me semble pas dénuée d'intérêt.

Le 24 août dernier, entrait dans mon service à Saint-Lazare une jeune

fille de 20 ans, atteinte d'une syphilis particulièrement grave : Éruptions de grosses papules violacées relativement discrètes au tronc, mais confluentes sur les membres inférieurs, accidents muqueux très nombreux et très importants sur la vulve et sur la muqueuse bucco-linguo-pharyngienne ; on remarquait, entre autres manifestations relativement rares, des condylomes proéminents des gencives et de la langue, sans parler de l'isthme véritablement obstrué ; plus tard elle eut des éléments très nets sur le pharynx ; enfin,



elle devait souffrir d'une iritis encore incomplètement guérie. La maigreur était extrême, la dénutrition considérable. C'était bien là une infection d'une grande sévérité et précocement maligne, ce que nous expliquâmes par l'état d'alcoolisme de cette malade qui servait dans un cabaret et était chargée d'inviter les clients de la voix et de l'exemple. Le mal avait débuté ou du moins avait été reconnu en juin ; le chancre ne fut pas remarqué.

Pour en finir avec cette face de mon observation, je dirai tout de suite que le traitement mercuriel a produit ses effets habituels : atténuation et

disparition progressive des lésions et relèvement de l'état général. Le poids qui, le 3 octobre, après un accroissement déjà notable, était de 37 k. 400, était le 14 novembre de 39 k. 300. Le facies déprimé et cachectique, le teint terreux ont fait place à une bonne mine avec des couleurs, et tout porte à croire que tous les accidents auront bientôt disparu. Il est bon d'ajouter que je n'ai jamais constaté d'albuminurie.

Mais ce n'est point pour faire ce récit, incontestablement banal, que j'ai cru devoir réclamer votre attention.

Dans les jours qui précédèrent son entrée, cette femme avait été prise de douleurs très violentes dans la partie gauche de la poitrine. Pendant quinze jours elle se plaignit de points algiques pour lesquels un médecin lui appliqua des vésicatoires. Le côté droit était parfaitement indemne. A peine la malade dans nos salles, paraît une éruption qui sillonne la région douloureuse à la façon d'un zona. Je ne l'ai vue que trois semaines plus tard, en reprenant mon service au retour des vacances, mais mon interne, M. Descouleurs, m'assura qu'il n'y avait jamais eu de vésicules ni même de semblant de vésicules. A peu de chose près, les éléments étaient tels que nous les voyons aujourd'hui et occupaient strictement le même siège, je veux dire qu'ils parurent simultanément et non par poussées successives.

Le bras étant relevé, la tête appuyant par la nuque sur la paume de la main, l'éruption suit une ligne en S, de l'épitrochlée pour traverser le creux de l'aisselle, et s'infléchir en dedans de la ligne médiane.

Rien de plus facile que de localiser anatomiquement ce dessin compliqué en apparence. Il suffit de se rappeler que le plexus brachial a plus d'une anastomose avec les branches thoraciques. Il s'agit, semble-t-il, dans ces cas du deuxième nerf intercostal remarquable, dit Testut, en ce que son rameau perforant latéral, se porte en dehors, pénètre dans l'aisselle, s'y anastomose avec l'accessoire du brachial cutané interne, et finalement s'épuise dans la peau de la région interne du bras (Testut, *Traité d'anatomie*, tome II, p. 848). D'autre part, Valentin en son *Traité de Névrologie* (p. 527) attribue également à ce nerf un rameau thoracique externe qui donne des filets aux intercostaux et aux triangulaires du sternum, et dont un ramuscule circonscrit les bords supérieurs des deux pectoraux, passe ensuite sur la face antérieure du petit, et se répand dans la glande mammaire et la peau, en s'anastomosant avec les nerfs cutanés voisins. Voilà bien la branche nerveuse dont l'altération est retracée chez notre malade. Ce qui est remarquable c'est que le tronc lui-même qui suit le deuxième espace intercostal paraît être resté en dehors de l'atteinte morbide ; car ce n'est qu'à partir du rameau perforant qu'elle se décèle. Aussi au premier abord est-on tenté d'incriminer un thoracique inférieur, car l'éruption correspond exactement au cinquième espace intercostal, et l'on tomberait infailliblement dans cette erreur d'interprétation, si l'on ne prenait pas garde que les branches destinées à la peau gagnent la ligne médiane par un trajet oblique bien différent et fort distant du tronc principal resté presque horizontal. En résumé, nous avons affaire à un zona ou à une éruption zoniforme, du rameau perforant ou thoracique externe du deuxième nerf intercostal. Sur la malade aussi bien que sur la planche ci-annexée il est facile de distinguer une traînée dessinant une petite

branche à direction postérieure, vers l'omoplate ; tandis qu'en avant on est frappé de la netteté avec laquelle les éléments s'arrêtent brusquement pour suivre la ligne médiane, bien au-dessous de l'appendice xiphoïde, par un prolongement de près de 10 centim., soit en haut, soit en bas, si géométrique et si délicat, que sans beaucoup d'attention nous n'arriverions pas à le tracer avec une telle précision.

Quant à l'élevure constitutive de l'éruption, j'ai déjà dit qu'à aucun titre elle ne pouvait passer pour une vésicule même desséchée; ce n'est à proprement parler qu'une papule de très petite dimension, à peine saillante, et d'un ton rose à peine cuivré. La saillie est un peu plus accusée sur la peau fine de la face interne du bras; en ce point on suit de petites traînées de consistance quasi verruqueuse, presque disposées linéairement, tandis que sur le sein, et plus près encore du sternum, les éléments sont très confluents et très étalés ; ce n'est plus un sentier, c'est un large chemin ; ils se pressent tellement que vers le point le plus inférieur ils se confondent en une nappe, rappelant absolument l'aspect des syphilides nappiformes, à cela près que la saillie en est vraiment fort minime. En somme, à l'envisager d'ensemble, on voit très bien l'éruption se modifier suivant l'abondance des ramifications ou des anastomoses, avec des éléments volumineux et rares près du tronc, abondants, disséminés, et moins proéminents dans les points qui correspondent aux réseaux superficiels. Voilà donc en résumé une dermatose rappelant le zoster par sa disposition générale, l'érythème, la papule et de préférence peut-être l'eczéma sec par la forme de chacun de ses éléments.

Au point de vue pathogénique ne semble-t-il pas que ce simili-zona doive être distingué du véritable zona, affection tout à fait à part, que les auteurs les plus récents (Babinski, in *Traité de médecine*, t. VI, p. 682) n'hésitent pas à considérer, à la suite de Landouzy et de Tommasoli, comme une maladie générale infectieuse dont la lésion cutanée n'est que la manifestation extérieure. Les nerfs sont intermédiaires entre l'éruption et l'infection dont les agents se localisent sans doute dans certaines branches nerveuses, et par suite de l'irritation qu'ils y provoquent, donnent naissance aux altérations des téguments.

Dans le cas présent notre exanthème zostériforme est bien le résultat d'une névropathie, ou si l'on préfère, d'une névrite, l'éruption résulte bien d'une inflammation transmise par continuité de tissu d'un rameau nerveux aux éléments cutanés. Ce qui est délicat à déterminer, c'est l'origine précise de cette névrite qui n'est certainement pas traumatique et dont il paraît rationnel de chercher la cause dans la maladie générale de cette jeune fille ou les moyens employés pour la combattre.

Je crois que l'on peut rejeter d'emblée cette dernière catégorie, car au cas où la névrite mercurielle sur laquelle Letulle a appelé l'attention serait bien démontrée, il est à remarquer que les accidents

névralgiques ont précédé de beaucoup l'entrée de la malade à Saint-Lazare et l'institution du traitement syphilitique. Je ne pense pas non plus que l'on doive mettre en avant la possibilité d'une compression nerveuse par une périostose d'origine spécifique, opinion qui serait en contradiction avec ce fait que la lésion est localisée au domaine des branches perforantes, le territoire du tronc principal restant indemne.

Nous sommes donc ramenés, si nous voulons éliminer cette cause banale de l'impression morale produite par l'apparition d'une maladie nouvelle, à chercher dans l'état pathologique une occasion de toxicité pour le système nerveux. Or cette jeune fille, ne l'oublions pas, était au plus haut degré alcoolique et dyspeptique au moment de sa contamination; on pourrait invoquer cette étiologie fréquemment notée dans les observations de zona, mais qui semble bien un peu rentrer dans le nombre des étiologies banales, et pour mon compte, je crois qu'on est plus près de la vérité en rattachant cette névrite à l'infection par la vérole. Les faits de coïncidence du zoster ou de l'éruption zostériforme avec la syphilis ne sont pas rares, et M. Besnier en faisant remarquer cette coïncidence, s'est depuis longtemps demandé si dans une certaine mesure la syphilis ne pourrait pas être incriminée, si elle ne pouvait pas par exemple irriter les ganglions spinaux. Ce n'est là encore qu'une hypothèse, et bien qu'il ne s'agisse pas du zona lombo-inguinal que notre maître avait surtout en vue, je suis tenté de croire que l'observation de ma malade vient à son appui, et qu'il ne faudrait pas beaucoup de cas semblables pour faire définitivement adopter cette manière de voir.

Le diagnostic précis dans le cas qui vient de m'occuper se résumerait ainsi : éruption zostériforme, liée à une névrite du rameau perforant de la deuxième paire thoracique, et ce sous l'influence du virus syphilitique, qu'il s'agisse de ses toxines ou de ses introuvables microbes.

M. Du Castel. — Il me souvient d'un malade qui, après une syphilide pigmentaire du col — éruption jugée nerveuse par quelques auteurs, — eut un zona sus-scapulaire, puis une syphilide papuleuse intéressant les espaces intercostaux supérieurs. Ne peut-on croire, là aussi, à l'intervention du système nerveux dans cette localisation particulière ?

M. E. Besnier. — Les troubles névralgiques ordinaires précurseurs, qui ont été observés chez cette malade sont tout à fait dans la série normale du zona, et si j'avais à dénommer un cas semblable, je proposerais de l'appeler : *Zona fruste chez un sujet syphilitique.*

M. A. Fournier. — C'est également là mon avis.

M. Renault. — Les douleurs étaient-elles plus particulièrement nocturnes ?

M. Jullien. — Elles étaient plutôt diurnes. Je ne considère nullement cette éruption comme syphilitique, mais comme déterminée par l'action du virus syphilitique sur le système nerveux, lequel réagit à sa façon.

Dermatose post-vaccinale en placards simulant l'urticaire pigmentée.

Par J. Darier.

L'enfant que je présente est atteint d'une dermatose développée consécutivement à la vaccination. Les caractères de l'éruption sont très atténués aujourd'hui; mais, au moment où le malade m'a été présenté à la consultation, je me suis trouvé en face d'une difficulté de diagnostic très réelle; cette difficulté j'ai cherché à la surmonter par l'examen biopsique et je crois y être arrivé, en partie tout au moins.

Voici l'histoire du petit malade dans ses points essentiels :

All..., âgé de 20 mois, est l'enfant unique d'un père en bonne santé et d'une mère qui a une ankylose du genou droit consécutive à une tumeur blanche datant de l'enfance, mais à part cela, bien portante. Il n'y a jamais eu de maladie de peau chez aucun membre de la famille. L'enfant est né à terme, a été nourri au lait de chèvre, et sauf une entérite légère à l'âge de trois mois et demi, il n'a eu aucune maladie ou éruption jusqu'en novembre 1893; je ne puis pas en effet attribuer une importance quelconque à une faiblesse de la jambe gauche qu'un médecin aurait qualifiée d'atrophie musculaire, ni à un gonflement violacé de l'avant-bras, qui n'ont duré que peu de temps et n'ont laissé aucune trace; c'étaient vraisemblablement des lésions traumatiques.

Le 7 novembre 1893, l'enfant fut vacciné par une sage-femme dans la Haute-Marne où habitent ses parents, avec du vaccin de génisse provenant de Tours. Le tube de vaccin ne servit qu'à lui seul et fut cassé en présence des parents ; la sage-femme avait, paraît-il, l'habitude d'essuyer seulement sa lancette après s'en être servie. Quatre piqûres furent faites, deux sur chaque bras, qui dans les délais ordinaires donnèrent lieu à quatre pustules ; rien d'anormal jusqu'au dixième ou douzième jour. A ce moment la croûte qui recouvrait la première des piqûres pratiquées au bras gauche, et celle-là seulement, s'entoura d'une zone rouge et « pelucheuse » qui persista après la chute de la croûte et depuis lors ne fit que s'étendre de plus en plus ; d'autres taches apparurent dans le voisinage, puis sur le tronc, sur l'autre bras et les cuisses. Au bout de trois mois environ l'éruption avait atteint l'étendue qu'elle présentait encore au moment de notre premier examen. Elle consistait en plaques ou placards durs, d'un rouge jaunâtre, à surface sèche et farineuse, bien limités et croissant lentement par leur périphérie. Les démangeaisons étaient

très fortes, plus accusées la nuit, troublaient le sommeil, et l'on fut obligé plusieurs fois de mettre des gants à l'enfant pour l'empêcher de se gratter. De temps en temps et surtout à la suite de l'administration de bains d'amidon, qui causaient il est vrai une grande frayeur à l'enfant et provoquaient des cris violents, survenaient des poussées. A ces moments la peau intermédiaire aux plaques devenait rouge et se couvrait de « petits boutons », le prurit était exagéré et les placards se mettaient à suinter, empesant le linge ou le collant au point que pour l'enlever il fallait l'humecter avec une éponge imbibée d'eau tiède. L'apogée de l'éruption paraît avoir été au mois de juin 1894 ; à ce moment apparurent même des plaques squameuses sur les joues et le front, mais au dire des parents, elles étaient bien différentes, moins indurées, moins nettement limitées ; l'enfant perçait plusieurs dents à cette époque.

Aucune substance irritante n'avait été appliquée ; la mère se bornait à des onctions à la vaseline boriquée et à l'emploi de poudre d'amidon.

Le petit malade nous fut présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 21 septembre dernier. C'est un enfant blond, au teint coloré, très vigoureux et bien constitué, sans trace de rachitisme ; il a 16 dents.

L'éruption consiste en placards pigmentés, d'un rose jaunâtre, d'une teinte tirant sur le chamois ou plutôt le « café au lait » ; ces placards sont infiltrés et durs, saillants à leur périphérie, à surface finement squameuse, à bords nettement limités, mais à contours sinueux. Leur forme est en général arrondie ou plutôt ovalaire, mais assez irrégulière avec des incisures et des promontoires ; il ne semble pas qu'ils résultent régulièrement de la confluence de cercles voisins. Leur étendue est très variable. Les poils follets sont conservés.

Au bras gauche un vaste placard s'étend de l'acromion jusqu'au voisinage du coude enveloppant les deux tiers extérieurs de la circonférence du membre ; les deux cicatrices de vaccine sont au milieu de la surface malade. D'autres placards plus petits se voient sur la face interne du bras, et sur les deux faces de l'avant-bras. Sur le bras gauche existe une grande plaque deltoïdienne ; les cicatrices de vaccine sont en peau saine. Cinq ou six placards de grandeur variable existent sur l'avant-bras droit.

Le tronc n'est le siège que de quelques rares plaques voisines de l'ombilic, ou disséménées sur la hanche et la fesse gauche. Il y en a trois sur la cuisse droite, quatre sur le mollet droit, une sur le mollet gauche et plusieurs assez étendues sur la face antéro-externe de la cuisse gauche.

On note une différence assez apparente entre l'état des placards des membres supérieurs, les plus anciens, et ceux de la cuisse gauche par exemple ; les premiers sont sensiblement plus infiltrés, plus squameux ou même un peu croûteux par places ; on a l'impression d'une lésion eczémateuse ou en état d'eczématisation secondaire ; ceux de la cuisse sont plus plans, presque de niveau avec la peau saine, couverts de squames pityriasiques adhérentes ; deux ou trois sont pigmentés sans rougeur et avec très peu d'infiltration ; au dire du père, ce seraient des éléments en voie de guérison ; il en aurait vu quelques autres s'effacer ainsi avant de disparaître, mais ne peut nous montrer la place qu'ils occupaient.

En résumé, éruption disséminée, sans prédilection pour les faces de

flexion ou d'extension, avec intégrité remarquable des plis articulaires, des extrémités et de la tête. Au cuir chevelu on ne note qu'un peu de séborrhée sèche.

Les ganglions sont trouvés sains à ce premier examen. Le prurit paraît très médiocre. L'état général est excellent ; toutes les fonctions sont normales.

En présence de cette éruption, j'avoue que je restai d'abord hésitant. Des diagnostics de psoriasis, lichen, trichophytie, éruption prémycosique, syphilide, lupus, lépride même et xanthélasma, aucun ne me semblait satisfaisant. En raison de l'état squameux des surfaces malades et malgré leur limitation nette et la profondeur apparente de l'infiltration, je penchais pour l'hypothèse d'un eczéma. Un collègue de cet hôpital auquel je soumis le cas émit l'avis qu'il s'agissait d'*urticaire pigmentée ;* son opinion me parut séduisante tout d'abord en raison de la couleur et de l'épaisseur des plaques, de leur caractère prurigineux, de leur siège, de l'âge du malade, de l'apparition de l'éruption à la suite de la vaccination (qui a été notée pour l'urticaire pigmentée), de son progrès par poussées provoquées parfois par les bains, enfin de sa persistance. Il est vrai, qu'au dire des parents, quelques plaques avaient disparu au cours de l'année; d'autre part, la desquamation n'existe pas dans l'urticaire pigmentée et surtout le caractère urticarien de l'éruption, le dermographisme ou urticaire factice, qui ne sont pas absolument constants à vrai dire, dans l'urticaire pigmentée, faisaient ici défaut.

Néanmoins cette hypothèse étant de celles qu'un examen biopsique permettrait à coup sûr de confirmer ou de rejeter, je pratiquai, avec le consentement du père, l'excision d'un petit lambeau de peau sur le bord d'une plaque brunâtre, très épaisse, peu squameuse de la cuisse, de celles qui avaient l'aspect le plus caractéristique.

Avant d'exposer quelles furent les constatations histologiques, qu'il me soit permis de dire l'état actuel du petit malade. Près de deux mois se sont écoulés, le traitement a consisté en simples applications de pommade à l'oxyde de zinc salicylé, avec régime doux, où le lait tenait une large place.

Actuellement, l'état général est toujours excellent, le prurit a sensiblement diminué et les modifications de l'éruption sont considérables. Presque partout, sauf au bras gauche et en quelques points limités du bras droit, les plaques se sont affaissées, l'infiltration a disparu en presque totalité; il ne reste que des macules pigmentées d'un brun clair, parfaitement lisses aux cuisses, encore un peu squameuses sur les avant-bras. Au bras gauche, région la première atteinte et encore la moins améliorée, les placards sont encore rosés et couverts de squames fines, mais l'infiltration, l'induration a diminué des deux

tiers au moins et les bords sont diffus, non plus nettement arrêtés et saillants. Les parents affirment que l'effacement des bords a marqué le début de la guérison pour les placards aujourd'hui maculeux, et que cette amélioration marche de la périphérie au centre. Je dois signaler toutefois, qu'au bras gauche et à la jambe gauche il y a deux nodules sous-cutanés ressemblant à des furoncles avortés et que dans les aisselles j'ai trouvé quelques ganglions tuméfiés n'existant pas il y a deux mois.

Voici maintenant le résultat de l'*examen histologique* du fragment excisé sur une plaque à la période d'état.

Dans la plus grande étendue de l'aire des coupes, les altérations de la peau consistent en un épaississement considérable du corps muqueux de l'épiderme, dont les bourgeons interpapillaires descendent profondément et régulièrement entre des papilles allongées et cylindriques, au moins vingt fois plus longues que d'ordinaire. La surface libre de l'épiderme est lisse ou à peine ondulée; la couche cornée est mince et se clive en lamelles; la couche granuleuse est riche en éléidine; les cellules du corps muqueux sont régulières et normales; entre elles se voient des cellules migratrices assez nombreuses. Les figures de karyokinèse sont un peu plus abondantes que d'ordinaire dans la couche génératrice.

Quant au derme, c'est dans sa portion supérieure, dans le corps papillaire, que se voient les principales altérations consistant en œdème, dilatation des capillaires, abondance de cellules migratrices et de cellules jeunes; quelques-unes assez rares renferment un peu de pigment sanguin; on constate, enfin, que des traînées de cellules rondes accompagnent les vaisseaux qui traversent le chorion.

Les colorations spéciales montrent qu'en aucun point du derme, on ne rencontre de cellules granuleuses ou *mastzellen*.

Les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares n'offrent généralement aucune modification de leur structure.

De l'état de ces diverses parties, en ne peut tirer qu'une seule conclusion: c'est qu'il y a dans toute l'étendue des plaques indurées un processus de *dermite chronique* qui n'a rien de spécifique.

Mais en certains points très limités, aux lésions précédentes s'en ajoutent d'autres, indices d'un processus aigu. En ces points, la couche des cellules cornées épaissie a conservé ses noyaux, le stratum granulosum a disparu, les cellules du corps muqueux sont en active vacuolisation, les cellules migratrices affluent en grand nombre. Les papilles correspondantes sont plus œdématiées et plus infiltrées de cellules rondes. C'est de l'*eczématisation aiguë* et cette lésion est distribuée en îlots très petits, répondant au sommet d'une ou deux papilles au plus; ils siègent parfois à l'orifice d'un follicule pileux, plus souvent ailleurs.

Sur des coupes soumises aux méthodes de coloration appropriées, je n'ai rencontré ni dans l'épiderme, ni dans le derme, aucun parasite microphytique ou microbe. Pas de microphytes non plus sur les squames recueillies à la surface des plaques.

La question de la nature et des rapports réciproques de ces deux ordres de lésions, chroniques et aiguës, ne peut être résolue que par une interprétation des faits. On peut admettre une dermite chronique dont la cause resterait inconnue, avec eczématisation secondaire imputable aux manœuvres de grattage par exemple ; ou bien supposer qu'une eczématisation aiguë, se renouvelant incessamment, a amené l'état d'hypertrophie de l'épiderme et l'inflammation chronique du derme. Cette dernière manière de voir me paraît avoir plus de vraisemblance et cadrer assez bien avec les données de la clinique.

On serait donc en présence d'un *eczéma chronique nummulaire* ou plutôt *en placards* nettement limités, ayant simulé jusqu'à un certain point l'urticaire pigmentée.

Ce cas est remarquable par plusieurs côtés :

L'eczéma chronique est certainement très rare chez les enfants de cet âge.

Sa persistance, malgré l'absence de fautes thérapeutiques, doit être relevée.

Dans ce cas il s'est développé très nettement au cours de l'évolution d'une vaccine, de provenance animale, faite peut-être sans les précautions de propreté qui sont de rigueur. Toutes les questions qu'on se pose en face des éruptions vaccinales ou suscitées par la vaccination, ne sont-elles pas à leur place ici ? Doit-on admettre que la vaccination n'a fait que réveiller l'eczéma chez un prédisposé, comme l'admettent Duhring et d'autres, prédisposé par l'hérédité ou les conditions d'existence ? L'évolution de la dermatose, née au niveau d'une des pustules vaccinales, la première, s'étendant depuis là pour se répandre sur le corps et rétrograder ensuite, n'est-elle pas en faveur de l'hypothèse de l'inoculation simultanée de *quelque chose* qui a produit cet eczéma ?

Je m'arrête, car je touche ici à cette question si irritante de la nature de l'eczéma, lequel, pour être la plus fréquente des dermatoses, n'en est pas moins la plus obscure dans son essence.

M. Raymond. — Il est certain qu'au point de vue objectif, ce sont les lésions de l'urticaire pigmentée à la phase maculeuse. L'absence des mastzellen tranche la question ; il ne s'agit pas de cette affection et je n'en suis pas surpris, l'urticaire pigmentée débutant en général dans les premières semaines après la naissance, tandis que chez cet enfant l'éruption a commencé au dixième mois. Je suis donc de l'avis de M. Darier et je crois à des placards d'eczéma nummulaire. J'ai vu deux ou trois fois, sur un grand nombre d'enfants que j'ai vaccinés, l'eczéma se développer à la suite de la vaccination ; c'est un chapitre des vaccinides, mais il faut reconnaître que ces cas ne sont pas fréquents. Il semble que chez ces enfants la vaccination éveille la première manifestation d'une diathèse en puissance.

M. Feulard. — Chez l'enfant d'un de nos confrères, j'ai vu, après vaccination, un eczéma analogue d'abord limité au bras puis étendu à tout le corps; il dure depuis trois ans et se montre fort rebelle.

M. Darier. — M. Raymond lui-même cite dans sa thèse des cas d'urticaire pigmentée apparus au dix-septième et au dix-huitième mois; l'âge ne constitue donc pas un argument absolu contre le diagnostic d'urticaire pigmentée. En ce qui concerne l'eczéma chronique nummulaire des enfants, je dois dire que M. Dauchez, dans sa thèse sur les vaccinides, n'en cite pas un seul cas.

Altérations gangréneuses et nécrotiques multiples et unilatérales de l'extrémité céphalique.

Par H. Hallopeau et Le Damany.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter est atteinte de lésions multiples qui, dans leur ensemble, ne nous paraissent se rattacher à aucun type connu. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée B..., couchée au numéro 22 de la salle Lugol, a eu autrefois des angines phlegmoneuses à répétition et peut-être des angines herpétiques, mais depuis une dizaine d'années ces accidents pharyngiens ne se sont pas reproduits.

Il y a trois ans, elle eut sur la moitié gauche de la face cutanée de la lèvre supérieure, près du bord cutanéo-muqueux, un bouton qui dura environ trois semaines. Elle en ignore la cause et ne peut donner sur sa nature aucun renseignement. Elle n'a pas remarqué s'il y eut ou non de l'adénopathie concomitante dans la région sous-maxillaire correspondante. Cette lésion a laissé après elle une cicatrice facilement visible, demi-circulaire, large de six millimètres, blanche et déprimée.

Pendant l'hiver suivant, elle eut aux cous-de-pied de petites ulcérations, recouvertes de croûtelles, et qu'elle attribua au froid. Dans ces régions persistent quelques cicatrices blanches, mais non déprimées.

Depuis elle a eu sur le corps et surtout sur le cuir chevelu des boutons qui se recouvraient également de croûtes et qui ont également laissé quelques cicatrices sur la partie supérieure du thorax.

Il y a dix-huit mois, elle eut, dans la région sous-maxillaire droite, un abcès d'origine probablement ganglionnaire. Il fut incisé à l'hôpital Saint-Louis et guérit en trois semaines. Lors de l'entrée de la malade on voyait en cet endroit une cicatrice linéaire, saillante, parallèle au bord du maxillaire inférieur.

Son mari est mort, dit-elle, de tuberculose pulmonaire. Elle a eu quatre enfants : trois sont morts d'affections dont la nature n'a été que mal déterminée, l'un à 17 jours, les deux autres à cinq mois. Il lui reste une fille âgée de quatorze ans, bien portante et qui n'a eu aucune maladie.

Son dernier accouchement remonte à onze ans. Elle n'a jamais eu d'avortement.

Les accidents cutanés qu'a présentés cette femme ont fait songer d'abord à la possibilité d'une syphilis; mais des recherches pratiquées dans cette voie n'ont pas confirmé cette manière de voir.

D'autre part son état général a toujours été très bon.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté au milieu du mois d'octobre (trois semaines avant son entrée) sous la forme d'un petit bouton. Le sommet de ce bouton s'est rapidement recouvert d'une petite croûtelle, pendant que la base s'élargissait et se tuméfiait. Son siège initial était la partie inférieure de la joue droite.

Les dimensions de la croûte et celles de la tuméfaction sont allées en augmentant progressivement ; et la malade a éprouvé des douleurs contusives assez violentes. Elle vient à la consultation le 22 octobre et des pansements à l'huile phéniquée lui furent prescrits. Huit jours après ils furent remplacés par des pansements boriqués humides que la malade abandonna bientôt pour les cataplasmes.

Sous l'influence de ces pansements la croûtelle tomba ; mais, vers le 2 novembre, l'ulcération, mise à découvert, prit une coloration noirâtre, pendant que le gonflement continuait à s'étendre.

A peu près en même temps la malade commença à éprouver quelques douleurs dans la bouche et la gorge.

En examinant cette femme le 6 novembre, on constate un gonflement assez considérable de la partie inférieure de la joue droite. Ce gonflement s'avance jusqu'à la ligne médiane, au-dessous du menton et empiète assez largement sur la région sus-hyoïdienne latérale.

La partie centrale de cette tuméfaction est formée par une escarre noire, de forme irrégulière, insensible à la piqûre, mate à la percussion, et par conséquent peu épaisse.

Autour d'elle une dépression qui l'entoure complètement marque, d'une manière nette, les limites de la partie mortifiée. Le fond de ce sillon est recouvert de pus ; sa partie externe est formée de bourgeons charnus.

Plus en dehors, on voit une large zone rouge, à limites peu nettes.

Le palper révèle l'existence d'une induration très étendue, assez profonde. Les limites de cet empâtement correspondent à peu près à celles de la rougeur ; son diamètre est de 6 à 7 centimètres.

Il n'existe pas d'engorgement des ganglions cervicaux, ni même de ceux qui siègent dans la région sus-hyoïdienne du côté malade.

Sur le cuir chevelu, on voit, dans la partie postérieure, près et à droite de la protubérance occipitale, une croûtelle brunâtre, plate, d'un diamètre de 8 millimètres, légèrement déprimée, de forme circulaire.

Elle repose sur une base saillante qui donne au doigt une sensation d'induration en même temps que d'épaississement des téguments.

A droite de cette lésion, plus près de l'oreille, on en voit une autre de dimensions un peu arrondies, mais présentant par ailleurs les mêmes caractères.

Dans la partie supérieure de la région glabre rétro-auriculaire droite apparaît une lésion analogue aux deux précédentes : une petite croûtelle

gris jaunâtre, large de deux millimètres, forme le sommet d'une saillie rouge, à limites plus nettes, plus sensible au toucher qu'à la vue.

Derrière le lobule de cette même oreille, près d'une petite tumeur hémisphérique de date très ancienne, il s'est formé ; il y a quelques jours, une légère saillie, accompagnée également de rougeur. Par le palper, on voit qu'elle est due à une infiltration du derme et peut-être du tissu cellulaire sous-jacent, car on trouve là une masse indurée, du volume d'un gros haricot, qui fait corps avec le derme. La surface de cette saillie est plane, uniformément rouge, lisse, ne présente aucune altération de l'épiderme. Cette induration a un diamètre de 15 millimètres.

Les douleurs éprouvées par la malade dans la bouche et la gorge sont liées à la présence de deux lésions qui ne sont pas sans quelque analogie avec celles que nous avons décrites plus haut :

Sur la voûte palatine, près et à droite du raphé médian, il y a une plaque blanche, formée de détritus blanchâtres dont l'aspect rappelle un peu celui d'une fausse membrane ; sa forme est ovalaire, allongée dans le sens antéro-postérieur. Elle est comme enchâssée dans une saillie périphérique de la muqueuse qui est tuméfiée, rouge et indurée.

En arrière et à droite de cette ulcération, entre le pilier antérieur de l'amygdale droite et la luette, on voit une autre lésion présentant les mêmes caractères que la précédente, mais de dimensions plus considérables, allongée parallèlement au pilier de l'amygdale.

Une friction faite sur ces plaques avec un pinceau n'arrive pas à détacher les détritus blancs qui les recouvrent; ils sont donc adhérents aux couches sous-jacentes.

Le fond de la gorge présente une rougeur assez intense, généralisée.

Sur la partie supérieure du thorax, près de la fourchette sternale, s'est développée récemment une papule rouge, saillante, dont le centre est un peu déprimé, et la surface légèrement squameuse.

Le reste de la surface cutanée est absolument normal ; on y voit seulement les cicatrices que nous avons signalées plus haut.

Les douleurs sont, en ce moment, très modérées.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'état général est excellent.

Traitement : pansements boriqués humides ; solution arsenicale : 0,10 pour 300, trois cuillerées à café.

9 novembre. Peu de modifications se sont produites pendant les trois jours précédents. Elles peuvent se résumer en quelques mots : augmentation de l'étendue de quelques-unes des lésions.

L'escarre du menton s'est un peu agrandie ; elle mesure actuellement 16 millimètres transversalement sur 22 millimètres verticalement. La zone inflammatoire qui l'entoure a peu augmenté.

La lésion située derrière la partie supérieure de l'oreille droite est aujourd'hui représentée par une papule indurée d'un centimètre de diamètre. La partie centrale est devenue une excavation large de trois millimètres ; c'est une ulcération dont le fond est recouvert de détritus grisâtres.

L'induration qui siège derrière le lobule de cette oreille ne s'est pas

modifiée : ses caractères et ses dimensions sont les mêmes. Pareillement les deux lésions du cuir chevelu n'ont pas changé.

La papule du thorax présente aujourd'hui une mince croûtelle. La malade affirme qu'il n'y a jamais eu de vésicule.

En dedans de l'ulcération que nous avons décrite sur l'isthme du gosier, entre le pilier antérieur de l'amygdale et la luette se sont développés d'autres points blancs, du volume d'un grain de millet, échelonnés verticalement. L'épithélium ne semble pas détruit à leur niveau. Comme précédemment, une friction avec un pinceau ne fait pas disparaître ces points blancs.

Le 12. La lésion principale (joue droite) a considérablement augmenté d'étendue.

L'escarre centrale mesure actuellement quatre centimètres dans le sens vertical et trois centimètres d'avant en arrière ; elle s'est étendue en bas et en avant vers la région sous-maxillaire par l'addition d'une nouvelle plaque qui se continue avec la première. Dans cette partie inférieure l'escarre n'est pas encore circonscrite par un sillon de séparation.

En dehors de l'escarre, le derme est dénudé sur une surface plus large que précédemment ; en bas et en arrière, autour de cette zone dénudée, on voit un demi-anneau au niveau duquel les téguments ont une couleur violacée; l'épiderme est plissé, la sensibilité obtuse.

La rougeur inflammatoire est nettement limitée en bas et en avant; mais en haut et en arrière elle s'avance, sans limites nettes, jusqu'au voisinage de l'oreille.

L'empâtement a considérablement augmenté ; il a envahi une grande partie de la région sus-hyoïdienne droite et le tiers inférieur de la joue droite. Son étendue est de 7 à 8 centim. d'avant en arrière et de 9 centim. de haut en bas.

En passant le doigt dans le sillon bucco-gingival, on peut constater que le maxillaire inférieur et son périoste sont indemnes.

Les lésions buccales paraissent en voie d'amélioration.

L'antérieure s'est un peu élargie, mais son fond se déterge et prend une coloration rosée.

La postérieure montre seulement une ulcération superficielle, rouge, et en dedans de celle-ci quelques points blancs, du diamètre d'un grain de mil.

L'ulcération rétro-auriculaire conserve les mêmes caractères, mais son diamètre a doublé. Les lésions du cuir chevelu ne se sont pas modifiées.

Sur le corps et les membres viennent d'apparaître de nombreuses lésions papuleuses et papulo-vésiculeuses :

On voit, en effet, une papule, du volume d'une lentille, de coloration rosée, à surface lisse, au niveau de la clavicule gauche; une autre dans la région épigastrique.

Au niveau de la fourchette sternale, sur la partie sus-mamelonnaire du sein gauche, sur la partie sous-mamelonnaire des deux seins (partie qui est en contact avec la paroi thoracique), au niveau de l'omoplate gauche, on voit de toutes petites pustulettes reposant sur une minime aréole rouge, un peu papuleuse.

Sur l'abdomen, sur les cuisses on voit quelques éléments analogues. Il y en a aussi sur la région sacrée et sur les deux joues ; mais ici la papule rosée est surmontée, non d'une pustulette, mais d'une vésicule, extrêmement petite à la face, plus grande à la région sacrée.

Le 10. La papule de la région sternale présente en son centre une petite ulcération à fond sanieux obturée par une croûtelle.

Pansement à l'eau-de-vie camphrée.

Le 13. En dehors de la zone violacée qui aujourd'hui entoure presque complètement l'escarre, on voit une zone décolorée, pâle, au niveau de laquelle l'épiderme est partiellement détaché ; mais non sous forme de vésicules. A ce niveau la sensibilité est obtuse. L'escarre mesure ce matin 4 centimètres et demi d'avant en arrière et 4 centim. verticalement. L'induration atteint actuellement 9 centim. verticalement sur 7 centim. transversalement.

La nodosité située en arrière de l'oreille mesure 15 millim. verticalement sur 12 d'avant en arrière. Elle présente par points la même décoloration, que nous avons signalée autour de l'escarre.

Le détritus blanchâtre situé au fond de l'ulcération ne se laisse pas arracher par la pince et présente les caractères d'un bourbillon furonculeux.

L'asymétrie de la face n'est pas liée à une paralysie faciale, mais seulement à la tuméfaction ; les contractions musculaires sont conservées des deux côtés.

L'escarre continuant à s'agrandir, une cautérisation circulaire est pratiquée ce matin sur les limites de la tumeur avec le thermocautère.

Quelques pointes de feu sont en outre appliquées en dedans de ce cercle sur le menton.

Le 15. L'escarrification ne s'est pas étendue ; l'induration a diminué ; les progrès de la gangrène semblent enrayés.

Un des faits les plus frappants de cette observation est la localisation des altérations tégumentaires à une moitié de la tête : c'est lui qui nous a conduit, d'accord avec le professeur Sommer, de Buenos-Ayres, qui assista à notre premier examen, à formuler le diagnostic de *zona gangréneux;* telle fut également la première impression de deux de nos collègues.

En effet, la lecture des observations publiées jusqu'ici sous le nom de zona montre que cette éruption peut, à côté de ses formes classiques, présenter des anomalies qui la rendent au premier abord presque méconnaissable : ni la douleur, ni les vésicules, ni la disposition en groupes agminés et polycycliques, ni la résolution rapide ne sont des phénomènes constants ; d'autre part il peut survenir des complications telles que des ulcérations à marche serpigineuse et des gangrènes habituellement superficielles.

Chez notre malade, l'éruption, comme il n'est pas rare de l'observer dans les zonas de la face, occupe plusieurs territoires nerveux ; tandis, en effet, que la gangrène de la partie inférieure de la joue droite est dans le territoire de la branche maxillaire inférieure, les ulcéra-

tions de la voûte palatine et de l'isthme du gosier indiqueraient une participation des rameaux palatins et pharyngiens du maxillaire supérieur aux altérations; les éruptions du cuir chevelu et de la région rétro-auriculaire montrent qu'il en serait de même des nerfs : 1° grand occipital, branche postérieure du deuxième nerf cervical ; 2° auriculaire et occipital, branches du plexus cervical superficiel, et enfin la papule thoracique impliquerait la mise en jeu du rameau sus-claviculaire du même plexus.

(Nous n'avons pas à nous occuper à ce point de vue des éruptions vésiculeuses et pustuleuses qui se sont produites ces jours derniers en différents points de la surface cutanée, car elles sont certainement des phénomènes secondaires liés selon toute vraisemblance à l'infection par les produits septiques émanés du foyer gangréneux.)

Tous les autres caractères de l'éruption que nous venons de décrire sont étrangers à la symptomatologie habituelle du zona.

Il nous a été impossible, bien que nous ayons assisté au développement de nouveaux éléments éruptifs, de constater l'existence de vésicules; l'éruption cutanée paraît avoir été primitivement papuleuse.

D'autre part, les éléments éruptifs se sont, pour la plupart, développés isolément ; on n'en voit nulle part, sauf au gosier, d'agminés ; les lésions ne présentent pas l'aspect polycyclique qui est un des caractères les plus habituels du zona vulgaire.

Les douleurs névralgiques ont fait complètement défaut ; si notre malade souffre, c'est exclusivement par le fait de la phlegmasie profonde de la peau que provoque l'escarre à sa périphérie.

La gangrène massive, à marche progressive, développée sur une surface qui dépasse actuellement 4 centim. carrés et intéresse le tissu cellulaire sous-cutané, est également étrangère à la symptomatologie du zona; nous ne l'avons vue signalée nulle part; ordinairement, en effet, dans le zona gangréneux, les altérations restent limitées au derme, et si, elles sont confluentes, elles présentent sur leur bord des dentelures arrondies qui font complètement défaut dans notre cas.

Les autres ulcérations ont un caractère nécrosique avec progression excentrique qui est également un phénomène rare dans cette dermatose ; la mortification paraît s'y produire, à en juger par les caractères objectifs, suivant le même mode que dans le furoncle. Il nous paraît difficile, dans ces conditions, de maintenir le diagnostic de zona. Les localisations multiples des lésions nécrotiques dans une moitié de la tête sont en faveur d'une *trophonévrose*. Elles ne s'expliqueraient pas dans l'hypothèse d'une maladie primitivement infectieuse ; si des microbes saprogènes ont dû intervenir, c'est secondairement pour donner à la nécrose tégumentaire de la joue le caractère de gangrène à progression excentrique.

Rien dans l'état général de la malade ne peut expliquer le caractère grave que prend son éruption ; elle paraît d'une vigoureuse constitution et exempte de toute tare constitutionnelle ; la seule présomption possible à cet égard est celle d'une syphilis antérieure, mais il n'en existe actuellement aucun signe.

M. Du Castel. — L'ulcération de la gorge s'est-elle développée spontanément ?

M. Hallopeau. — Oui, spontanément.

M. Sabouraud. — A-t-on cherché le bacillus anthracis par l'inoculation et les cultures ? Je me souviens d'avoir vu une malade atteinte de pustule maligne à localisations multiples : l'évolution avait été un peu plus aiguë sans doute, toutefois les symptômes généraux ne s'étaient guère montrés qu'au bout de dix-huit jours.

M. Hallopeau. — La recherche de la bactéridie a été commencée, elle n'a pas encore donné de résultats. Les localisations multiples, le caractère nettement gangréneux de la plupart des manifestations cutanées et buccales, et surtout leur évolution nous paraissent devoir éloigner l'idée de pustules malignes.

Psoriaris et syphilide papuleuse. Particularités morphologiques.

Par M. Alex. Renault.

Voici une malade, fille d'un père rhumatisant et d'une mère psoriasique, qui porte, ainsi que nous pouvons le constater, un psoriasis ancien et généralisé. Bien que la peau soit moins épaissie qu'elle ne l'est habituellement dans les cas de ce genre et qu'au premier abord on puisse avoir l'idée d'eczéma, la tache de bougie caractéristique, et l'hémorrhagie facile produite par le grattage et la sécheresse de la lésion ne laissent aucun doute sur sa nature psoriasique. Comme le psoriasis enfin, la dermatose a paru dès l'enfance, se bornant d'abord à quelques plaques discrètes localisées, siégeant de préférence aux coudes et aux genoux du côté de l'extension. Puis peu à peu l'éruption s'est étendue à la suite de nombreuses poussées, dans l'intervalle desquelles la malade n'était du reste jamais complètement indemne. Cependant je tiens à faire remarquer que, jusque dans ces derniers temps, l'extension de la dermatose avait été très lente, se bornant au cuir chevelu, au front, un peu à la face, aux membres supérieurs et inférieurs et respectant le tronc presque entièrement.

Au mois d'octobre 1893, notre malade âgée aujourd'hui de 50 ans et toujours bien réglée, contracte la syphilis. En novembre, elle entre dans le service de M. C. Paul à la Charité pour syphilides génitales papulo-érosives, angine spécifique, troubles de l'ouïe et chute des cheveux. Traitement : liqueur de Van Swieten et bains de sublimé. Elle sort du service très améliorée, mais conservant toujours bien entendu quelques plaques de psoriasis.

Son état se maintient jusque dans les premiers jours du mois dernier. Survient alors une brusque extension du psoriasis, qui cette fois envahit la presque totalité du tronc et prend une coloration jambonnée, tout à fait analogue à celle des éruptions spécifiques.

Aujourd'hui, sous l'influence du traitement mercuriel, les troubles de l'ouïe ont disparu ainsi que les syphilides génitales. Mais la syphilide est encore aisément reconnaissable aux papules cuivrées qui occupent la paume de la main droite et la plante des deux pieds, du gauche principalement.

Selon nous, dans cette observation, trois points méritent d'être relevés :

1° La généralisation rapide de l'éruption, qui jusque-là était restée surtout circonscrite aux coudes et aux genoux dans le sens de l'extension.

2° La coloration jambonnée des plaques qui s'accuse principalement au niveau des parties déclives.

3° La disposition circinée et en anneaux d'un bon nombre d'éléments, notamment sur le devant de la poitrine, au niveau du sein droit et du bras gauche, où l'on constate un anneau de grande dimension.

Eh bien, Messieurs, dans cette brusque extension du psoriasis, dans sa coloration jambonnée, dans la disposition en plaques circulaires et en anneaux de ses éléments, ne vous semble-t-il pas évident que la syphilis a joué un rôle prépondérant ?

Or cette influence de la syphilis sur les caractères extérieurs et la marche des dermatoses anciennes d'origine constitutionnelle signalée déjà par Bazin, Ricord, M. le professeur Fournier, E. Vidal, ne saurait trop être mise en lumière. Unna de Hambourg est revenu sur ce sujet en l'envisageant à un autre point de vue.

Dans un mémoire publié en 1888 dans son journal, mémoire traduit par M. le Dr Doyon dans les *Annales de dermatologie* du 25 septembre 1889, le dermatologiste allemand insiste surtout sur les caractères que présentent les syphilides, quand celles-ci viennent se greffer sur les lésions si communes de l'eczéma séborrhéique.

Ainsi, il fait remarquer que l'état séborrhéique domine la morphologie d'un certain nombre de syphilides secondaires. Telle est la cause, selon lui, des syphilides papuleuses humides et papulo-crustacées du

cuir chevelu. La syphilis engendre la papule, mais la croûte est d'origine séborrhéique. Chez les sujets de cette catégorie seulement, l'alopécie spécifique est accompagnée de squames légères et de papules prurigineuses. Quand la syphilide papuleuse se propage aux sillons naso-labiaux, elle devient croûteuse et à leur périphérie, les éléments ont une teinte jaune. Enfin, ce serait encore l'état séborrhéique qui donnerait à la syphilide psoriasiforme de la paume de la main l'apparence qu'elle revêt, à preuve : la lenteur de son développement, son expansion serpigineuse, l'amas considérable de squames qui la revêt et sa résistance au traitement.

Ces considérations ont de l'importance non pas seulement au point de vue du diagnostic, mais encore du pronostic et du traitement. Ainsi Unna recommande, à juste raison dans ces cas de syphilides influencées par l'eczéma séborrhéique d'attaquer à la fois l'élément séborrhéique par le soufre, la résorcine, l'oxyde de zinc, et le néoplasme syphilitique par le traitement spécifique général, sous peine de voir la lésion résister avec une ténacité désespérante.

Ces préceptes, nous les appliquerons à notre malade, persuadé qu'elle en bénéficiera dans une large mesure.

A la médication spécifique déjà instituée, nous ajouterons les substitutifs locaux, qui seuls peuvent avoir raison de la poussée psoriasique violente, qui s'est produite dans ces derniers temps.

M. Raymond. — M. Vidal montrait fréquemment dans son service, l'influence de la syphilis sur le psoriasis. L'idée première ne revient donc pas à Unna.

M. A. Fournier. — Pour ma part, je connais cela depuis Ricord.

M. Feulard. — J'observe, en ville, en ce moment un cas absolument identique de syphilis chez une psoriasique ; la syphilide revêt le caractère psoriasique. Les rapports réciproques de la syphilis et des dermatoses ont été bien signalés par Bazin, notamment dans ses *leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse* où il rapporte à la fin plusieurs observations de ce genre ; c'est même dans l'une d'elles que se trouve, à propos d'un psoriasis buccal chez un syphilitique, la phrase si souvent rappelée : « la syphilis a éveillé in situ l'arthritis », la syphilis éveille la dartre.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire.

Par M. Mendel.

J'ai déjà présenté à la Société, au mois de juillet dernier, la malade que je lui ramène aujourd'hui.

Si je la présente de nouveau, c'est que la lésion linguale existe

aujourd'hui dans toute son intensité, malgré un traitement spécifique persévérant (3 grammes d'iodure de potassium et 2 pilules de Dupuytren par jour), alors qu'elle semblait avoir cédé il y a cinq mois.

Les bords de la langue sont irréguliers ; le sillon médian, fort profond, est tapissé par des petits points blancs très abondants. De chaque côté de ce sillon, sur une muqueuse à peu près normale, on note la présence de nombreuses taches blanc grisâtre, allongées ou arrondies, lenticulaires. Ces taches sont surélevées et semblent formées par la réunion de petites masses exsudatives, au-dessous desquelles la muqueuse est grisâtre.

La langue semble épaissie à la malade, mais il y a peu de gêne. La lésion date de quinze ans ; la syphilis de vingt ans.

M. A. Fournier. — C'est là un beau cas de glossite papulo-lenticulaire. Le diagnostic en est souvent très ardu ; ici nous avons eu sa confirmation par l'amélioration considérable qu'a produite le traitement. Malheureusement les récidives sont incessantes, même chez les malades qui renoncent au tabac. Quant au psoriasis buccal proprement dit, dont quelques médecins voudraient faire une lésion parasyphilitique, affirmant qu'on trouve toujours la syphilis à son origine, je n'ose vraiment le considérer comme tel, ayant rencontré des cas où la syphilis était certainement absente.

M. Du Castel. — Pour moi, je croirais assez volontiers à sa nature parasyphilitique, me basant justement sur l'échec du traitement dans les cas de ce genre, ainsi que nous l'a enseigné M. Fournier.

Sur un nævus lichénoïde en série linéaire correspondant aux lignes de Voigt.

Par MM. Hallopeau et E. Jeanselme.

Parmi les nævi, la plupart semblent répartis sans ordre sur les divers points de l'enveloppe cutanée, tandis que d'autres, en petit nombre, présentent une disposition régulière, en quelque sorte systématique. C'est un cas de ce genre que nous avons l'honneur de soumettre à l'examen de la Société.

Léon-Jules Ferd..., âgé de 20 ans, mécanicien, ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire digne d'être signalé. Il y a environ deux mois, ce jeune homme ressentit une légère démangeaison à la partie postéro-interne de la jambe gauche et remarqua en ce point une petite raie mince et rose, étendue depuis le talon jusqu'au creux poplité. Trois semaines après, cette traînée s'était prolongée sur la cuisse, puis sur la fesse.

Cette ligne commence exactement au-dessus du calcanéum, sur le bord interne du tendon d'Achille ; elle monte d'abord sur la limite postérieure

de la face interne; arrivée au niveau du ventre des jumeaux, elle s'infléchit légèrement en arrière pour gagner le creux du jarret. A partir de ce point, cette ligne continue son trajet ascendant, croise à angle très aigu la masse des tendons des muscles demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne pour aborder la face interne de la cuisse; elle se redresse enfin, franchit le pli cruro-fessier et décrit sur la fesse une courbe dont la concavité regarde en haut et en dedans.

Dans la plus grande partie de son trajet, cette ligne est remarquable par sa netteté et l'on pourrait croire de prime-abord qu'elle a été artificiellement produite. Dans la moitié inférieure de la jambe, cette ligne a une largeur d'un demi-centimètre, elle s'élargit graduellement sur le haut de la jambe, sur la cuisse et la fesse, où elle atteint deux à trois centimètres environ. Cette ligne n'est pas tout à fait homogène; en l'examimant attentivement, on se rend compte qu'elle est due à la confluence de nombreuses papules miliaires ayant pour centre un orifice glandulaire ou un poil et offrant tous les caractères objectifs du lichen plan de Wilson. Sur le haut de la cuisse et sur la fesse, la traînée éruptive n'est plus continue, elle se résout en une série d'éléments isolés et semblables à ceux qui constituent la ligne ci-dessus décrite.

Il faut noter qu'en divers points la lésion tend à rétrocéder et n'est plus représentée que par des placards pigmentés, un peu déprimés, identiques à ceux qui s'observent dans la phase régressive du lichen plan.

La traînée lichénoïde est bordée de part et d'autre par une *bande légèrement décolorée*, à peine appréciable sur les parties inférieures, mais qui devient évidente vers la racine de la cuisse. Au niveau des deux bandes achromiques et de la ligne éruptive, les poils sont beaucoup moins nombreux que sur les régions voisines.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité tactile ou thermique. Le membre n'est le siège d'aucune douleur spontanée, lancinante ou autre; les mouvements ou la pression sur le trajet du sciatique ne provoquent aucune souffrance. Ce prurit, d'ailleurs très minime au début de l'affection, a complètement disparu. Les fonctions vaso-motrices, sécrétoires et trophiques, exception faite pour la raréfaction des poils et l'achromie marginale déjà signalées, ne paraissent pas atteintes. Les masses musculaires ont gardé leur volume normal et les réflexes rotuliens sont normaux.

Le membre inférieur droit, le périnée, le scrotum, la verge, l'abdomen et le reste du corps n'offrent aucune altération appréciable.

La palpation de la fosse iliaque et du creux poplité démontre qu'il n'existe aucune cause de compression nerveuse.

Le malade a, depuis six mois, de l'acné miliaire sur le dos du nez.

En somme, le membre inférieur gauche de ce jeune homme est parcouru dans toute sa longueur, depuis la fesse jusqu'au calcanéum, par une mince traînée éruptive légèrement flexueuse.

Au dire du malade, cette lésion cutanée date de deux mois tout au plus. Vers cette époque il ressentit une faible démangeaison au niveau de la jambe et remarqua la présence d'une petite raie rose et mince remontant du talon jusqu'au creux poplité. Puis, dans l'espace de quelques semaines, la ligne s'étendit successivement à la cuisse et à la fesse.

Si nous recherchons quels sont les caractères objectifs de cette éruption, nous voyons qu'elle est constituée par des papules miliaires, souvent centrées par un orifice glandulaire ou un poil, et qui sont très analogues, sinon identiques aux éléments du lichen de Wilson. En certains points, ces éléments sont fusionnés de manière à constituer une bande homogène à peine festonnée sur les bords ; dans d'autres, sur la racine de la cuisse et la fesse par exemple, ils sont distincts les uns des autres et la traînée n'est plus représentée que par une série de papules, ce qui donne à la peau de cette région un aspect moucheté. Nous ferons remarquer que cette lésion, actuellement en voie de régression sur certains points, est limitée par deux *bandes achromiques* au niveau desquelles les poils sont raréfiés.

Bien que cette affection possède tous les attributs morphologiques du lichen plan, nous ne pensons pas qu'il s'agisse ici de la maladie de Wilson, car il manque l'un de ses symptômes cardinaux, à savoir le *prurit*. Nous croyons que cette lésion cutanée doit être regardée comme un nævus dont le malade aurait ignoré l'existence et qui aurait pris tardivement une extension rapide. Il est vrai que ce jeune homme affirme n'avoir rien remarqué d'anormal au niveau de son membre inférieur avant ces deux derniers mois, mais on sait que le nævus n'est pas nécessairement congénital, au sens littéral et étroit du mot. L'un de nous a vu un nævus, longtemps localisé aux doigts, s'étendre plus tard à tout le membre et au tronc. La disposition linéaire de l'éruption, identique à celle qu'on observe pour certains nævi datant de la naissance, plaide aussi en faveur de cette hypothèse.

Un second point qui mérite de fixer l'attention, c'est précisément ce mode de répartition de la lésion cutanée. Son aspect fait penser immédiatement à une affection *systématique* sous la dépendance du système nerveux. Or, il est facile de se convaincre que la traînée éruptive ne correspond nullement au trajet connu des nerfs cutanés. Le schéma que vous avez sous les yeux démontre au contraire qu'elle coïncide, dans une grande partie de son parcours, avec la ligne qui sépare les territoires respectifs du petit sciatique et du saphène interne à la jambe, du petit sciatique et de l'obturateur à la cuisse. Ce fait vient donc à l'appui de la théorie proposée récemment par Philippson et qu'on peut ainsi formuler : Les nævi ne suivent pas le trajet des troncs nerveux, mais les lignes d'intersection qui limitent leur zone de distribution (lignes de Voigt). Nous avons pu vérifier cette loi sur un certain nombre de moulages du Musée de Saint-Louis, en particulier sur les numéros 988, 1204 et 1381. Mais il faut savoir que cette concordance n'est pas toujours parfaite, et sur les numéros 964, 976, 845 et 1478, la traînée nævique n'est superposable aux lignes de Voigt que dans une portion de leur longueur. Si la direction des nævi linéaires ne s'écartait jamais d'une manière trop sensible de ces lignes, on pourrait n'en pas tenir compte, car les

limites des territoires nerveux ne peuvent être représentées sur un schéma que d'une façon approximative et un peu arbitraire ; mais parfois la disposition du nævus est telle que les défectuosités du schéma sont impuissantes à l'expliquer. C'est ainsi que l'un de nous a rapporté l'histoire d'un nævus qui occupait la sphère de distribution du cubital et non pas la ligne de jonction du territoire de ce nerf avec les territoires voisins.

Il faut donc conclure que la superposition des nævi linéaires aux lignes de Voigt, que Philippson a eu le mérite de faire connaître le premier, n'est pas un fait constant, et que ces nævi rubannés correspondent tantôt à l'aire de distribution des troncs nerveux, et tantôt à leur intervalle (1).

M. Barthélemy. — Les nævi sont fréquemment zoniformes, surtout les pigmentaires. J'ai publié, en 1882, sur ce sujet, une note dans les *Annales.* Il faut rappeler aussi les cas analogues de Campana, d'Étienne (de Nancy), etc.

M. Hallopeau. — Dans une étude sur le nævus systématisé, j'ai émis autrefois l'hypothèse que, pour réaliser l'éruption, deux troncs nerveux collatéraux voisins additionnent leur action trophique, cette manière de voir est également acceptable pour les éruptions traitées à la sphère de distribution d'un menu tronc nerveux ; c'est alors sur les limites des territoires animés par les rameaux secondaires qu'elles se développent ; si, en effet, l'on étudie à ce point de vue le moulage d'un de nos malades atteint de nævus cubital, on voit que les traînées y sont limitées, sur les doigts, au milieu de leur face dorsale, et qu'elles occupent par conséquent le territoire commun aux deux collatéraux dorsaux.

M. A. Fournier. — Il n'est pas inutile de faire remarquer que le mot nævus est ainsi bien détourné de son acception primitive, qui implique la congénitalité. Ici la lésion s'est développée à vingt ans.

M. Hallopeau. — Le malade dont nous montrons le moulage, avait dès l'enfance des traînées næviques sur les doigts ; c'est seulement à l'âge de 18 ans que les lésions se sont étendues suivant le trajet du nerf cubital.

M. E. Besnier. — Je rappelle qu'un grand nombre de nævi, fort petits pendant l'enfance, restent absolument méconnus et ne se révèlent que lors de l'adolescence, époque à laquelle ils se mettent fréquemment à proliférer. Et cela est plus vrai encore de la sénilité. Le terme de *nævus* s'applique donc à des affections dont le germe existe embryonnairement, mais ne se développe qu'à une période ultérieure.

(1) Philippson. Zwei Fälle von Ichtyosis cornea (hystrix) partialis (Nævus linea verrucosus Unna), entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt. *Monat. f. prakt. Derm.*, 1890, vol. I, p. 337.
Hallopeau. Les Nævi. *Progrès médical*, 1891, p. 17.

M. Barthélemy. — Le nævus n'est pas une lésion toujours fixe, définitive, immuable ; de même que certains s'aggravent, de même d'autres s'atténuent et disparaissent. Aussi ne doit-on se presser d'intervenir pour traiter un nævus : il en est qui entreront plus tard d'eux-mêmes en régression spontanée ; je parle surtout de ceux de la première année.

M. Du Castel. — M. E. Besnier vient de faire allusion aux transformations bénignes, mais il y a place, à côté de celles-ci, pour les transformations malignes, qui ne sont pas rares.

M. E. Besnier. — C'est juste, mais cette question est absolument distincte, et doit être traitée à part.

M. A. Fournier. — L'accord pourrait se faire aisément sur un mot : à côté des nævi *congénitaux*, il y a des nævi *tardifs*.

Ichtyose familiale.

Par M. Jeanselme.

Bien que l'on connaisse des cas d'ichtyose familiale, la coexistence de cette malformation cutanée sur plusieurs membres d'une même famille n'est certainement pas fréquente. C'est ce qui m'engage à vous en présenter un exemple.

Cette famille se compose de sept personnes, du père et de la mère, indemnes de toute altération cutanée, et de cinq enfants dont quatre sont vivants. Parmi ceux-ci, l'aînée n'offre aucune maladie de la peau, mais vous pouvez vous assurer que les trois autres enfants sont atteints d'une ichtyose légère, mais évidente. Au dire de la mère, l'enfant qu'elle a perdu avait également de l'ichtyose.

M. E. Besnier. — Ces kératoses pilaires diminuent avec l'âge, surtout quand l'embonpoint commence à se montrer.

M. Baudouin. — J'ai vu un cas fort analogue, la mère et les trois enfants étaient atteints d'ichtyose, et de plus névropathes.

Pseudo-éléphantiasis des bourses par lichénification.

Par Paul Gastou.

Le nommé X..., âgé de 45 ans, exerçant le métier de pâtissier ambulant, est atteint d'une affection scrotale dont voici l'histoire :

Au mois de juillet 1888, X..., jusqu'alors bien portant, est renversé par

une voiture, il a deux côtes fracturées ; transporté à l'Hôtel-Dieu, il y reste trois jours.

Un mois et demi après survient un prurit violent, d'abord localisé entre l'anus et le scrotum et dans l'aisselle droite.

Ce prurit ne s'accompagne pas en premier lieu d'éruption, mais un mois après son apparition, des excoriations dues au grattage et de rares papules de prurigo se voient disséminées sur toute la surface du corps.

Les démangeaisons, les papules et les excoriations ont leur maximum dans la région périnéale et à la partie postérieure du scrotum qui devient plus épais, rugueux et douloureux.

En septembre 1888, M. Hallopeau voit le malade et lui prescrit de la solution arsenicale.

Vers cette époque, éruption de furoncles disséminés sur les bras et le corps.

En 1889, M. Quinquaud traite l'affection par des fumigations cinabrées, des bains sulfureux. Ce traitement augmente l'intensité des manifestations cutanées.

Vu ensuite quelques semaines après, à la consultation de Saint-Louis, on l'envoie à la frotte qui augmente le prurit et le prurigo. Il voit de nouveau M. Quinquaud qui, d'abord lui prescrit des bains d'amidon et une pommade à la cocaïne, et ensuite des scarifications sur les bourses.

Les scarifications le soulagent quelques jours, puis la maladie reprend la même intensité.

Des injections de pilocarpine au niveau de la région malade, l'antipyrine, des pommades au naphtol, les emplâtres, l'huile de foie de morue ne donnent aucun soulagement.

Des badigeonnages au nitrate d'argent, des couches tièdes, l'acide phénique à l'intérieur restent sans résultat.

La démangeaison persiste, le scrotum s'épaissit progressivement dans toute son étendue et c'est dans l'état suivant que nous voyons le malade.

Les bourses ont le volume d'une tête de fœtus et sont pendantes. Leur aspect est blanchâtre, brillant, on dirait à leur surface l'aspect de circonvolutions très menues. Quoiqu'elles soient lisses, on a cependant au toucher la sensation d'irrégularités de surface et surtout d'épaississement profond. Le toucher est très douloureux, il n'existe que des excoriations linéaires verticales, sans suintement. Le périnée présente entre l'anus et les bourses des éléments papuleux, brillants, analogues à ceux du scrotum : on dirait un soulèvement en masse d'un certain nombre de papilles séparées des voisines par un sillon profond.

L'ensemble des bourses est celui de l'éléphantiasis. L'anus est lui-même entouré de plis rugueux, rougeâtres, flasques, rappelant l'aspect de marisques. Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés, non douloureux, ni enflammés.

Disséminées sur tout le corps se voient quelques papules de prurigo et des macules pigmentées, traces d'anciennes papules.

Les jambes du malade sont fortement variqueuses ; à la jambe gauche existe un petit ulcère variqueux de un centim. de diamètre environ.

A l'auscultation on note la présence de râles sibilants et ronflants dans

toute l'étendue de la poitrine. Le malade ne semble du reste aucunement gêné par cette bronchite. Le cœur, l'estomac, l'intestin, les reins fonctionnent normalement. Pas d'éléments étrangers dans l'urine.

Le malade n'a pas de maux de tête, mais de l'insomnie provoquée par les démangeaisons qui deviennent intolérables dès qu'il est au repos ou à la chaleur. Et, comme son métier l'expose à rester devant le feu, il souffre tellement qu'il a tenté de se suicider.

Les antécédents héréditaires sont les suivants : père inconnu, mère morte à 32 ans de jaunisse.

Lui-même a eu la rougeole à 10 ans, la fièvre typhoïde à 12 ans et à 30 ans une fluxion de poitrine avec hémoptysies abondantes.

Il avoue des habitudes éthyliques manifestes : il boit en moyenne trois litres et demi de vin par jour, sans compter le cidre, la bière et quelques petits verres. Il a eu à différentes reprises des pituites matinales, des cauchemars, des crampes dans les mollets.

Objectivement comme signes d'alcoolisme on constate de l'hyperesthésie cutanée, de l'exagération des réflexes et du tremblement des mains.

Il faut y joindre : la coloration de la face et de l'urine qui est urobilinurique et indique une légère atteinte du foie. Ce dernier a conservé cependant son volume normal.

En résumé, que voyons-nous chez ce malade ? D'abord l'arthritisme caractérisé par une calvitie précoce, des varices très développées, des signes de catarrhe bronchique.

Sur ce terrain, prédisposé en outre par l'alcoolisme avoué et dévoilé cliniquement, vient agir un traumatisme à la suite duquel naît un prurit intense.

Ce prurit entraîne à sa suite des lésions de grattage qui aboutissent à la lichénification des parties prurigineuses.

Cette lichénification enfin, née par l'effet d'une irritation d'un traumatisme continuel, crée une inflammation vasculaire et lymphatique chronique, laquelle aboutit à l'éléphantiasis.

Ce processus inflammatoire est nettement démontré par l'examen du sang pris au niveau des bourses. On y rencontre de nombreux leucocytes à noyaux segmentés, mais sans parasites.

Cette observation présente encore bien des points intéressants. Elle confirme les faits expérimentaux énoncés par M. Jacquet, de lésions prurigineuses entraînant des altérations cutanées.

La lésion du scrotum peut être rapprochée des névrodermites circonscrites décrites par M. Brocq, étant donnés d'une part l'évolution de la maladie, et d'autre part, le terrain névropathique sur lequel elle a évolué.

Enfin, elle montre combien est, dans certains cas, difficile le traitement des affections prurigineuses, surtout localisées.

Observation d'arthropathie tabétique du cou-de-pied droit (tabes syphilitique).

Par M. Gaucher.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade tabétique, ancien syphilitique, atteint d'arthropathie du cou-de-pied droit. Cette localisation des arthropathies tabétiques n'est pas fréquente. J'en ai déjà publié un cas en 1884, dans la *Revue de médecine*, en collaboration avec M. Duflocq. Il s'agissait alors d'un ataxique non syphilitique.

Le sujet que je vous présente aujourd'hui est un syphilitique avéré; sa syphilis remonte à douze ans.

Voici le résumé de l'observation, d'après les notes recueillies par M. Fialon, externe du service de M. le professeur Fournier.

X..., 31 ans, sans antécédents héréditaires notables, n'a jamais eu d'autre maladie importante que la syphilis.

En 1882, il a eu un chancre à la verge, suivi de roséole et de plaques muqueuses. Il s'est traité pendant un mois seulement par les pilules de proto-iodure et l'iodure de potassium.

Les symptômes de tabes datent de 1892 (dix ans après le chancre).

Ils ont commencé par des douleurs fulgurantes, qui ont persisté depuis cette époque.

La même année, mal perforant du gros orteil gauche, aujourd'hui guéri.

Presque simultanément se sont manifestés les symptômes multiples suivants, qui persistent encore actuellement :

Insomnies, cauchemars; crises gastriques, revenant de temps en temps; crises rectales; douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et dans les membres supérieurs.

Depuis plusieurs années, incontinence d'urine. Chute des ongles surtout aux pieds.

Malgré tous ces accidents, le malade a continué à travailler, sans suivre de traitement, jusqu'au mois de juillet 1894. C'est alors qu'il est entré à l'hôpital.

C'est depuis quelques mois seulement que le cou-de-pied droit a commencé à gonfler, en même temps que les muscles de la jambe s'atrophiaient.

Actuellement, on trouve une déformation de l'articulation tibio-tarsienne, constituée par une augmentation de volume irrégulière des deux malléoles, sans aucune participation des os du tarse, sans épanchement articulaire, sans lésion appréciable des tendons ou des ligaments de la région. Les deux malléoles seules et l'extrémité inférieure du tibia et du péroné sont considérablement hypertrophiées.

Il n'y a aucune douleur, ni spontanée ni déterminée par la pression ou par les mouvements articulaires; aucune rougeur de la peau; pas de mobilité anormale de l'articulation. La flexion du pied détermine quelques craquements.

Au repos, il n'y a aucun œdème de la région malléolaire ; mais, si le malade marche ou reste debout quelque temps, l'œdème apparaît rapidement et remonte jusqu'au tiers inférieur de la jambe ; les veines sont gonflées et se dessinent sous la peau.

Je n'insiste pas sur les autres signes de tabes que ce malade présente presqu'au complet : incoordination motrice ; signe de Romberg ; signe de Westphal ; signe d'Argyl-Robertson ; retard de la sensibilité ; plaques d'anesthésie disséminées.

J'ajoute que le sujet est un alcoolique et que la persistance de ces douleurs l'ont rendu morphinomane. Le seul point intéressant de l'observation est l'existence de l'arthropathie tibio-péronéo-tarsienne. Cette localisation des arthropathies tabétiques est exceptionnelle.

M. A. Fournier. — Voici deux photographies dont l'une reproduit une lésion presque semblable à celle de M. Gaucher ; l'autre représente une exostose de la malléole externe seule. On confond souvent ces lésions avec les exostoses syphilitiques ; elles en diffèrent par leur rapidité d'évolution, leur indolence absolue, l'impuissance de l'iodure de potassium.

M. E. Besnier. — Il y aurait peut-être lieu de tenter dans ces cas les doses *colossales* d'iodure de potassium, celles qui dépassent 10 grammes : j'ai vu, en traitant un cas de psoriasis arthropatique à raison de 25 grammes par jour, les arthropathies s'amender au point que le malade, depuis fort longtemps réduit à l'impotence, put reprendre sa profession d'horloger. Peut-être aurait-on ici des résultats semblables.

M. A. Fournier. — Je ne dépasse pas ordinairement la dose quotidienne de 6 à 10 grammes ; mais je me promets d'essayer les doses *colossales*.

Sur la syphilis oculaire héréditaire.

Par M. Galezowski.

Un grand nombre d'affections oculaires congénitales doivent être rattachées à la syphilis héréditaire.

L'important, pour faire un bon diagnostic dans ce sens, consiste à rechercher, dans les différentes affections oculaires congénitales, celles qui représentent les symptômes caractéristiques de la syphilis. Selon moi, ces altérations congénitales sont de quatre variétés bien distinctes:

1° Malformations des organes protecteurs de l'œil ;

2° Paralysies des nerfs moteurs, avec ptosis, nystagmus, etc. ;

3° Arrêt de développement du globe oculaire ;

4° Altérations inflammatoires des membranes externes et internes de l'organe visuel.

I. *Malformations des organes protecteurs de l'œil, de l'orbite et des voies lacrymales.* — Affection fort rare dans laquelle l'origine syphilitique peut être démontrée par l'existence simultanée de lésions dans la choroïde et dans l'iris. Les caries osseuses, les altérations dentaires (Hutchinson) dénotent la même origine.

II. *Paralysies des nerfs moteurs des yeux, ptosis, nystagmus, etc.* — Pour ces sortes de lésions, fréquentes chez les très jeunes enfants et qui dépendent de causes cérébrales ou se produisent à la suite de fièvres éruptives ou infectieuses, de traumatismes, etc., il faut, en l'absence de symptômes bien nets, rechercher les traces de la syphilis, à l'aide des indications que nous trouvons dans la pathologie cérébrale et cérébro-spinale.

Brissaud nous apprend que, dans la syphilis cérébro-spinale, affection tardive de la première enfance, l'on rencontre, entre autres lésions, un ptosis ou nystagmus monoculaire avec diminution de l'acuité visuelle centrale, strabisme convergent ou divergent, etc.

Telle est aussi l'hémiplégie spasmodique infantile, qui débute par des convulsions et amène, outre un arrêt de développement, des paralysies isolées des différents muscles avec spasmes dans les antagonistes, troubles intellectuels. De là, le nystagmus qui reconnaît pour cause une paralysie de la 6e ou de la 3e paire congénitale syphilitique.

III. *Arrêt de développement, microphtalmus, astigmatisme, etc.* — L'arrêt de développement que l'on constate assez souvent dans l'œil de l'enfant, doit être, selon moi, attribué en grande partie à la syphilis héréditaire. Je soupçonnais ce fait depuis longtemps, mais je ne me suis prononcé qu'après avoir rencontré, dans plusieurs cas de ce genre et à l'aide de l'ophtalmoscope, des altérations choroïdo-rétiniennes caractéristiques de la syphilis.

Mais, ce qui m'a frappé davantage, c'est que l'astigmatisme lui-même peut être provoqué par la syphilis héréditaire, ainsi que j'ai eu, à maintes reprises, l'occasion de le constater accompagné ou non des paralysies ou des spasmes musculaires de l'œil.

IV. *Altérations inflammatoires des membranes externes et internes de l'organe visuel.* — Personne ne doute aujourd'hui que la kératite interstitielle ne soit due à la syphilis héréditaire ; nos maîtres, Hutchinson et Desmarres entre autres, l'ont démontré depuis longtemps. J'ai vu souvent même la kératite se compliquer de rétinite pigmentaire.

La *rétinite pigmentaire* est une des affections les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire, qu'elle soit accompagnée ou non d'autres altérations de même cause. Et à ce propos, qu'il me soit permis d'insister sur ce point étiologique très important : c'est que, dans la rétinite pigmentaire congénitale, qui n'est pas, comme on l'a prétendu à tort, le résultat de la consanguinité des parents, mais

bien la conséquence d'une affection spécifique héréditaire ou acquise, il faut toujours soigner le malade par les frictions mercurielles pendant deux années consécutives, tout à fait comme s'il s'agissait d'une syphilis acquise. Par ce traitement, on parviendra, sans nul doute, à arrêter le progrès du mal.

M. A. FOURNIER. — Cette communication est d'un grand intérêt ; j'avais remarqué aussi la fréquence du strabisme et de l'astigmatisme chez les hérédo-syphilitiques.

M. Gaucher donne lecture d'un mémoire intitulé : *Sur un phénomène clinique non décrit, dans le cours du pemphigus foliacé de Cazenave*, par M. le professeur STOUKOVENKOFF (de Kieff).

M. le secrétaire général donne lecture :

1° D'une *Note sur la syphilis et la paralysie générale en Islande*, par M. EHLERS (de Copenhague) ;

2° D'un mémoire intitulé : *Paralysies ascendantes à rétrocession, infection streptococcique atténuée ayant pour point de départ des abcès cutanés et sous-cutanés des extrémités inférieures*, par M. le Dr J. BRAULT.

La séance est levée.

Le secrétaire,

L. JACQUET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE (14, 15 et 16 mai 1894, A BRESLAU (1).

Séance du 14 mai.

PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR PICK.

Essais modernes de classification en dermatologie.

M. KAPOSI, *rapporteur.* — Il fait ressortir les grands avantages du système d'Hebra qui présente pourtant quelques lacunes. Les systèmes les plus récents sont tous sortis de celui d'Hebra, sans toutefois se valoir. De l'étude critique des systèmes d'Auspitz, Schwimmer, Tommasoli, Lesser, Joseph, Jessner, il résulte que le système de ce dernier auteur, qui se rapproche beaucoup de celui d'Hebra, est le seul contenant des vues acceptables, bien que l'orateur n'en approuve pas tous les détails.

Kaposi arrive à cette conclusion qu'il n'existe pas de principe essentiel de division; une classification ne saurait être logique, elle doit correspondre aux faits.

C'est parce que le système d'Hebra répondait à ce desideratum qu'il s'est maintenu si longtemps, en dépit de la critique qui s'est exercée sur lui non sans fondement. On a dit que la classe « anémie » était inutile, mais si on la supprimait il est certaines maladies dont il ne pourrait être question. La classe « anomalies de sécrétion » est sans doute une mauvaise classe, mais cela tient à l'irrégularité du sujet; au point de vue nosologique et clinique, elle est justifiée.

L'orateur veut maintenir aussi la classe « ulcérations »; la nécrobiose du processus inflammatoire en est le point caractéristique. La classe « dermatoses parasitaires » est parfaitement fondée. A cette occasion Kaposi intervient pour ranger aussi les exanthèmes aigus dans la dermatologie et proteste contre l'opinion de Besnier qui les rejette dans la médecine interne. En terminant, l'orateur se déclare contre tout compromis et contre toute classification décrétée et pose les principes suivants :

1° Il n'y a pas de principe capital de division qui soit applicable à l'ensemble des dermatoses d'une manière uniforme et également logique. Le motif en est que les maladies de la peau, de même que celles des autres organes, ne représentent pas des individus dans le sens d'objets d'histoire naturelle et d'êtres vivants, mais seulement des modifications de nutrition, de fonction, de formation.

(1) Résumé d'après les comptes rendus des séances publiés dans les *Monatshefte f. prak. Dermatologie*, t. XVIII, p. 541 et 608 et dans la *Dermatologische zeitschrift*, tome I, p. 436.

2° La notion clinique de la maladie, comme d'une somme de facteurs étroitement liés organiquement et en partie se déterminant réciproquement (cause, modification de tissu, évolution, suite), entraîne la nécessité de caractériser chaque processus morbide par la somme précisément de ces facteurs constituant leur nature, autrement dit, de les distinguer les uns des autres, de systématiser.

3° Pour le nombre de beaucoup le plus considérable des processus morbides (formes morbides), c'est dans leurs particularités anatomo-pathologiques que se trouve l'expression la plus tranchée de cette somme de phénomènes caractéristiques, c'est-à-dire de l'histoire du processus ; par conséquent aussi, on peut utiliser de la manière la plus tranchée, sinon toujours exclusive, cette particularité anatomo-pathologique pour la caractéristique et la distinction réciproque, autrement dit pour la classification.

4° Mais comme dans une série de maladies de la peau le caractère individuel et distinctif de la maladie est marqué non par les particularités anatomo-pathologiques, mais par d'autres propriétés, il en résulte que pour ces dermatoses, il faut précisément faire intervenir ces propriétés comme principe de réunion et de délimitation.

5° Le système d'Hebra repose sur ce principe qui est exprimé dans les paragraphes 3 et 4, et a conservé son importance jusqu'à présent comme étant celui qui correspond le plus aux exigences cliniques.

6° Cela ne veut pas dire que, relativement à l'appréciation de la valeur des propriétés caractéristiques et distinctives, c'est-à-dire relativement à la classification des dermatoses, on ne doive accorder une liberté complète à la conception individuelle de chaque observateur.

Discussion : M. Jessner s'est efforcé, dans son étude sur la classification, de montrer l'importance de l'anatomie pathologique et avant tout de combattre énergiquement ceux qui attendent quelque éclaircissement de l'étiologie dans cette question. A l'heure actuelle où la recherche étiologique domine toutes les branches de la médecine on serait facilement disposé, dans un enthousiasme exagéré, à attendre pour toutes les questions leur salut des lumières de l'étiologie. Jamais cette dernière ne peut, selon lui, former la base d'une classification. Il remercie le rapporteur d'avoir apprécié avec bienveillance l'ensemble de son travail et d'être d'accord avec lui dans la critique du système d'Auspitz. En ce qui concerne les détails, il renonce volontiers à y entrer, bien qu'il ne puisse accorder le maintien de certaines classes du système d'Hebra, telles que les anomalies de sécrétion, les ulcérations, les maladies parasitaires qui réunissent en elles des processus d'autant plus différents que le nombre des maladies causées par les micro-organismes est plus considérable. Selon Jessner la base de la classification d'Hebra est la seule rationnelle, la seule sur laquelle on puisse édifier un système, et sur ce point principal de son travail il est d'accord avec le rapporteur.

Signification biologique du vernix caseosa.

M. Liebreich. — Pour déterminer la nature des corps gras dans la kératine, il a fait des recherches sur le vernix caseosa, les expériences sur les animaux n'étant pas probantes. Pour les recherches la réaction de

Liebermann pour des corps de cholestol est très importante : tout corps contenant du cholestol présente par l'addition d'acide acétique anhydre et d'une trace d'acide sulfurique concentré une échelle particulière de couleurs. L'acide acétique anhydre n'est pas, selon l'auteur, identique à l'acide acétique cristallisable ; il résulte de la soustraction d'une molécule d'eau à deux molécules d'acide acétique. Le changement de couleur survient au bout de quelques minutes, d'abord rouge, ensuite bleu, ce qui amène au violet ; par l'association d'une coloration jaune, on a enfin une teinte verte. Tous les corps gras ordinaires ne donnent pas cette réaction. L'orateur a trouvé constamment cette réaction dans les substances cornées, même là où la graisse de cholestérine est mélangée à d'autres corps gras.

Comment se comporte la kératine dans le tissu glandulaire ? D'où provient la graisse de cholestérine ?

L'orateur conteste l'allégation d'Unna, que les glandes sudoripares produisent aussi de la graisse et renvoie aux recherches qu'il a faites pour déterminer l'origine de la cholestérine ; il n'a pu la trouver dans la sécrétion des glandes sébacées. La difficulté tient à ce qu'il est impossible de saponifier la graisse de cholestérine. On ne peut par conséquent séparer la cholestérine de la glycérine que par l'alcool propylique ; dejà auparavant, à l'aide d'une autre méthode de séparation, Liebreich avait constaté la formation directe de l'éther cholestérinique dans les cellules épidermiques sur 2,000 ongles humains provenant de l'amphithéâtre d'anatomie. Une circonstance lui a permis de confirmer cette hypothèse de la formation intra-épidermique de la cholestérine : Waldeyer lui a remis des fragments d'ongles qui avaient été recueillis pendant vingt ans ; on y trouva de nouveau de la cire à l'aide de l'alcool propylique. Liebreich en conclut que non seulement la présence de la lanoline chez l'homme est démontrée, mais en même temps sa formation dans l'épiderme lui-même.

M. Cosper demande à l'orateur d'où proviennent ces mauvais résultats obtenus par lui et par d'autres avec l'adeps lanæ, contrairement à ce qui a lieu avec la lanoline.

M. Liebreich répond d'abord que le nom d'adeps lanæ est une très mauvaise expression. Déjà dans l'antiquité on avait distingué les glycérides de la lanoline ; on l'a peut-être choisi pour imposer au médecin des préparations d'un autre genre, mais le nom importe peu. Ce qu'il y a de fâcheux c'est que l'adeps lanæ renferme des impuretés contenant du chlore, qui, abstraction faite de l'odeur, conduisent à une mauvaise appréciation de la lanoline et de la lanoline anhydre.

Érythème multiforme.

M. Caspary. — L'étiologie, très variable d'après beaucoup d'auteurs et spécialement d'auteurs français, est en opposition avec le tableau clair, facilement démontrable d'un érythème multiforme typique.

Si les nombreuses irrégularités de marche (état général, durée, complications, récidives) ont des analogies dans d'autres maladies, l'orateur ne connaît pas d'autres exemples d'une diversité de causes dans une maladie à marche si typique et cyclique. L'analogie à ce point de vue avec la pleu-

résie, le zoster, l'urticaire disparaît quand on y regarde de plus près. Mais un tel isolement de l'érythème multiforme ne donne qu'une certaine probabilité et non une preuve décisive de son unité.

Il manque la découverte d'un germe infectieux spécial et de sa spécificité démontrée d'après les principes de Koch.

Il faut s'en tenir au tableau clinique et conclure aussi ex juvantibus. Sous ce rapport l'action salutaire du salicylate de soude a depuis longtemps fait penser à Caspary que l'érythème multiforme est une maladie infectieuse. D'ordinaire de petites doses de salicylate de soude (0,5 à 1,0 plusieurs fois par jour) suffisent, mais dans un certain nombre de cas des doses élevées sont nécessaires. L'apparition des efflorescences sur le dos des mains et des pieds est caractéristique mais non pathognomonique, car ces parties peuvent rester indemnes ; en outre d'autres affections se localisent souvent dans ces régions, par exemple les exanthèmes médicamenteux ou les érythèmes réflexes. L'auteur est disposé à regarder ces derniers comme de l'urticaire rubra. Même la forme n'est pas caractéristique dans l'érythème multiforme, ni celle de l'herpès iris. C'est à dessein qu'il ne cite pas l'érythème noueux, car il hésite à le ranger dans l'érythème multiforme ; il a vu en effet à plusieurs reprises les deux variétés à côté l'une de l'autre. En résumé :

1° L'érythème multiforme d'Hebra est une maladie infectieuse et il faut le distinguer de toutes les dermatoses qui ont un aspect analogue, nées d'une manière topique ou réflexe.

2° Ni le siège sur le dos des mains et des pieds, qui s'observe fréquemment dans l'érythème multiforme d'Hebra, ni la forme (par exemple l'érythème iris et l'herpès iris) ne sont pathognomoniques.

3° Le salicylate de soude a une action presque spécifique.

Discussion : M. Herxheimer a observé en 1883 une épidémie dans un régiment : sept cas dans la caserne et sept à l'ambulance. Il n'a pu trouver une cause spéciale. Le salicylate de soude n'a pas eu d'influence particulière. Dans un cas d'érythème induré la guérison survint après l'emploi durant neuf mois de salicylate de soude.

M. Ehrmann. — Ses observations sur l'érythème multiforme se confondent en grande partie avec celles de l'orateur. Les cas se divisent en deux groupes : 1° ceux par infection externe (rhumatismale) ; 2° les auto-intoxications. Avec les carcinomes utérins, la cystite, la prostatite, l'érythème noueux prédominait. Dans les intoxications dont le point de départ est dans l'intestin, il s'agit d'herpès iris, d'érythème vésiculeux et bulleux. Le salicylate de soude est plus actif dans le premier groupe où il y a aussi des engorgements articulaires. Il agit comme désinfectant local quand la cause se trouve dans des troubles de l'intestin. Il n'a aucune action dans les carcinomes et une influence restreinte dans la cystite et la prostatite.

M. Neisser à propos des travaux de Freund et Singer, concernant les érythèmes par auto-intoxication et l'action du menthol dans ces cas, se demande s'il est démontré que parfois des substances toxiques, provenant de l'intestin, se résorbent et déterminent des maladies de la peau. Il conteste l'action désinfectante du salicylate de soude sur le contenu intestinal.

M. Finger, à côté de l'érythème multiforme idiopathique, que l'on doit

regarder comme une maladie infectieuse au sens de Caspary, distingue encore un érythème multiforme symptomatique. Celui-ci est soit la conséquence d'influences toxiques de fermentations anormales dans l'intestin, dans ces cas le menthol est efficace ; ou bien, comme le montrent deux cas observés par Finger, de nature septique. Il s'agit par conséquent d'une inflammation pyémique directe du tégument externe, comme dans les cas d'érythème multiforme accompagnant l'urémie, un abcès amygdalien, la diphtérie, etc.

M. V. Sehlen a observé quelques cas de dermatite herpétiforme dans lesquels il y avait des troubles d'activité intestinale. L'ichtyol à l'intérieur lui a donné de bons résultats.

M. Van Hoorn a depuis plusieurs années employé le salicylate de soude dans l'érythème multiforme.

M. Caspary croit que les formes idiopathiques évoluent d'elles-mêmes et qu'il y a lieu de les séparer des formes symptomatiques. Quant au salicylate de soude, il se borne à dire « si duo faciunt idem, non est idem ». Cela tient souvent aux doses employées. Récemment il a vu un cas dans lequel il n'a réussi qu'en prescrivant des doses élevées, allant aux limites de l'intoxication.

14 mai, séance de l'après-midi.

Présidence du Dr Lassar

État actuel de la théorie des dermatomycoses.

M. Pick, *rapporteur.* — Après avoir passé en revue les résultats obtenus par différents expérimentateurs, Pick expose en détail les recherches qu'il a faites en collaboration avec M. Kral et arrive à cette conclusion qu'il n'y a qu'un champignon du favus, que toutes les variétés trouvées jusqu'ici ne doivent pas être regardées comme des espèces différentes du champignon.

L'orateur ne se prononce pas avec autant d'assurance à l'égard du trichophyton que pour l'achorion. Il y a des raisons de supposer — mais non d'affirmer d'une manière certaine — que dans les diverses affections produites par le trichophyton, l'herpès tonsurant, le sycosis parasitaire, l'eczéma marginé, l'herpès tonsurant maculeux, il pourrait s'agir de variétés du champignon. Contrairement aux auteurs français, il ne peut regarder le pityriasis rosé comme identique à l'herpès tonsurant maculeux ; dans ce dernier il a toujours trouvé des champignons, jamais dans le premier. Il ne peut admettre non plus l'infectiosité de l'alopécie en aires soutenue par les auteurs français, car il n'a jamais vu des cas de ce genre. Par contre, il a observé des cas d'herpès tonsurant du cuir chevelu, dans lesquels les symptômes inflammatoires avaient disparu, et ces cas présentaient une telle analogie avec l'herpès tonsurant, qu'une confusion eût été très facile pour qui ne les avait pas vus au début.

Pick laisse indécise la question de savoir si des confusions de ce genre n'ont pas pu se produire.

Discussion : M. Winternitz présente ensuite des cultures des quelques

cas de mycosis tonsurant qu'il a obtenues par le procédé des plaques. Le développement des colonies fut accompagné de la germination des gonidies. Dès que les colonies furent visibles à l'œil nu, on les transporta sur les terrains nutritifs les plus divers. Ces cultures, analogues à une forme décrite par Sabrazès et Sabouraud, se distinguent de celles obtenues par d'autres auteurs tels que Grawitz, Quincke, Duclaux, Verujski, Robert Leslie, Mazza, Folly, Furthmann et Neebe, et de celle obtenue et présentée par Krösing par un développement aérien extrêmement faible, un développement rapide et énergique au-dessous de la surface et la propriété de former une substance colorante sur certains terrains nutritifs comme la gélatine, l'agar, mais surtout l'agar glycériné, l'agar sucré, l'agar additionné de glycose et de moût de bière, matière colorante qui présente toutes les nuances depuis le rose pâle jusqu'au rouge très foncé et au violet foncé. Quelques cultures, par exemple, celles sur agar glyceriné rappellent certaines fleurs de bronze par leur surface légèrement bosselée et leur teinte d'un rouge très foncé. Trois inoculations faites avec les précautions voulues et qui ont bien réussi prouvent bien qu'il s'agissait des cultures d'un véritable trichophyton.

M. Krösing n'a observé à la clinique du professeur Weisser que des trichophyties circinées et sycosiques, c'est-à-dire des trichophyties de la barbe avec infiltration (Kerion de Celse) et de la peau dépourvue de poils, mais pas de trichophyties rebelles du cuir chevelu chez l'enfant. Comme Sabouraud, Krösing a trouvé dans tous les cas le trichophyton megalosporon avec des spores de 6 à 11 millim., tandis qu'une culture de microsporon envoyée par Sabouraud n'a présenté que des spores de 1 à 4 millim.

En ce qui concerne la question de la pluralité ou de l'unité du champignon trichophytique, Krösing fait remarquer qu'avec les matériaux dont on dispose il n'est pas possible de distinguer plusieurs espèces du champignon en se basant sur la nature et la morphologie des organes de génération et de fructification, parce que ceux-ci diffèrent pour un seul et même champignon, passent par plusieurs formes de développement qui, considérées à part, pourraient conduire à regarder la forme des spores, hyphes, capsules, etc., observée dans un cas particulier comme spéciale au champignon en question. L'aspect macroscopique des cultures sur gélatine à 3,7 p. 100 de maltose et sur pomme de terre est tout à fait caractéristique pour les cultures de megalosporon; on observe dans une partie d'entre elles une culture laineuse, cotonneuse avec mycélium aérien luxuriant, dans une autre partie une culture complètement sèche, comme saupoudrée de craie eu de plâtre, sans que cet aspect complètement différent des colonies corresponde à un siège superficiel ou profond de la maladie.

M. Kaposi attache également une grande importance à l'observation clinique exacte. Il est en tout cas d'avis de maintenir énergiquement l'identité de la cause première de l'herpès tonsurant et du sycosis parasitaire. Ce dernier provient souvent d'éruptions chez les animaux que l'on regarde comme de l'herpès tonsurant des animaux. Le premier champignon qu'il a autrefois examiné fut trouvé dans des squames épithéliales, qu'Hebra lui envoya de Paris. Dans l'eczéma marginé, les champignons lui semblent être situés plus profondément, ils sont très allongés et ont une

croissance lente. On les atteint par suite difficilement; ce n'est qu'avec la chrysarobine et le pyrogallol que les résultats sont devenus meilleurs.

Quant à l'herpès tonsurant maculeux, l'orateur remarque que des cas de ce genre sont à certaines époques très fréquents à Vienne ; il correspond tout à fait au pityriasis rosé d'autres auteurs. On observe ces cas principalement après des applications humides, des cures d'hydrothérapie, etc. Il peut exister des foyers isolés d'où part l'expansion générale sur tout le corps ; cependant après la régression de l'éruption quelques foyers peuvent persister pendant plus longtemps. Les champignons sont certainement difficiles à trouver. Cela tient à ce que le champignon ne forme pas de mycélium, il n'y a que de petits éléments. Souvent on ne parvient à voir le champignon qu'après des heures entières de recherches.

En ce qui concerne l'alopécie en aires endémique, Kaposi la considère comme une énigme ; il est surprenant qu'on en ait observé à Paris des centaines de cas ; il n'a jamais eu, quand il y était, l'occasion d'en voir. Il survient bien dans quelques familles plusieurs cas successivement ou simultanément, mais ce sont des exceptions.

M. Behrend a autrefois indiqué la preuve par le chloroforme, lorsque Grawitz voulait identifier les champignons des différentes maladies. Voici l'explication de la réaction : Dans l'herpès tonsurant les champignons croissent à la surface de la peau directement dans le corps du poil, le traversent perpendiculairement de sorte que finalement ils le cassent ; de là viennent les tronçons. Les champignons du favus se comportent autrement, ils croissent dans le follicule pileux, puis s'élèvent dans le poil où on peut les suivre sur une longueur de 6 à 7 centim. Les poils dans l'herpès tonsurant sont par suite tout fendillés, et contiennent de l'air, ce qui ne modifie pas la couleur des poils tant qu'ils sont gras. Mais si on les dégraisse avec le chloroforme ils deviennent gris bleuâtre, comme saupoudrés de poussière. Il n'en est pas de même dans le favus.

Relativement à l'alopécie en aires il est parfaitement d'accord avec Kaposi ; les endémies d'alopécie en aires rapportées par Besnier ont excité également chez lui des doutes.

M. V. Sehlen ne rejette pas la possibilité d'une contagiosité de l'alopécie. Il ne peut rien dire de précis sur l'unité du champignon du favus. L'état du champignon dans les poils faviques correspond aux descriptions de Behrend ; les champignons s'élèvent à une hauteur étonnante dans le poil. Outre la preuve par le chloroforme, il en est une autre, la réaction par l'iode. Si on fait agir sur le poil de la teinture d'iode étendue, la périphérie est brun foncé et le centre jaune clair.

M. Jadassohn décrit sa méthode de culture du champignon du favus des poils, il obtient les mêmes excellents résultats que par le procédé de Kral. Il demande si on a trouvé le champignon favique dans le chorion. Quant au pityriasis rosé, l'orateur remarque, contrairement à Kaposi, qu'il existe une différence avec l'herpès tonsurant.

M. Lesser. — Cliniquement, il est facile d'observer que le sycosis parasitaire procède de l'herpès tonsurant. A Berne, le sycosis a habituellement une marche aiguë, ces cas sont occasionnés par la contagion avec des animaux. Il a vu en outre une maladie qui correspond à l'impétigo conta-

gieux, mais survenait en même temps que l'herpès tonsurant ; la guérison est rapide et spontanée.

M. Neisser croit pouvoir admettre l'unité du favus. Les caractères cliniques de l'herpès tonsurant sont au contraire très différents. A Breslau, le sycosis aigu est relativement très fréquent. Quant au pityriasis rosé, il faut le séparer de l'herpès tonsurant.

M. Riehl identifie le pityriasis rosé avec l'herpès tonsurant maculeux, mais il n'a jamais trouvé de champignons. En réponse à Jadassohn, il a rencontré des filaments de champignons dans les couches profondes du derme. Chez la souris, le favus peut détruire complètement le cartilage de l'oreille. Il y a non seulement des érosions, mais aussi des ulcères faviques.

M. Weber ne croit pas, contrairement à Pick, qu'il soit nécessaire de suivre scrupuleusement les prescriptions de Koch pour isoler les champignons faviques du scutulum. L'expérience pratique a montré qu'il suffit de gratter avec des aiguilles de platine stérilisées la face inférieure du scutulum, de détacher ensuite des centres de ce dernier, où il n'y a jamais que des cultures pures, des parcelles qui sont frottées sur l'agar à la lévulose. L'identification des champignons faviques exige les conditions suivantes : 1° Les champignons ne doivent pas présenter sur une seule et même plaque d'agar des différences visibles à l'œil nu dans leur mode de développemeut (mycélium aérien, mode d'extension à la surface, développement en profondeur). 2° Les champignons ne doivent présenter aucune différence dans leurs propriétés peptiques, à l'égard de la gélatine et du sérum sanguin. 3° Le développement sur pommes de terre — si caractéristique pour quelques espèces — doit être exactement le même. 4° L'observation microscopique du champignon provenant d'une spore ne doit présenter aucune différence quantitative ou qualitative dans la germination. 5° Les formations bulleuses que l'on rencontre dans quelques espèces faviques, ainsi que la sortie de masses jaunâtres quand elles existent, doivent être identiques au point de vue quantitatif ou qualitatif. 6° Pour ces cultures de diagnostic différentiel il faut toujours maintenir la même température (celle du corps). 7° Après l'emploi de toutes ces précautions, si, par suite de la variabilité des champignons, il reste encore un doute sur l'identité et non identité, on cultivera les champignons douteux côte à côte sur la même plaque et on comparera au microscope les coupes des cultures sur agar (ce qui est nécessaire pour différencier l'achorion tarsiferon et l'achorion monoliforme). Comme les groupes établis par Unna et Neebe, achorion enthythrix et atakton d'une part, achorion cysticum, demergens et akromegalicum d'autre part et les champignons achorion dikroon, tarsiferon, moniliforme et radians peuvent être différenciés par les conditions ci-dessus, Neebe avec Unna regardent ces champignons comme des espèces différentes d'achorion. Ils reconnaissent que les divers champignons de chacun des deux groupes sont très voisins l'un de l'autre, mais à la suite d'une étude attentive pendant un an et demi, ils ont toujours présenté les différences indiquées, de sorte que les auteurs ne peuvent se résoudre à les regarder comme absolument identiques.

M. Blaschko n'a jamais trouvé de trichophyton dans le pityriasis rosé, et

même au point de vue clinique il existe des différences entre cette dernière affection et la trichophytie. A Berlin où l'herpès tonsurant est propagé presque exclusivement par les boutiques de barbier et par suite en général localisé au cou, il n'a jamais vu un pityriasis rosé apparaître ; quand dans cette dernière maladie on a trouvé une lésion initiale au sens de Brocq, elle n'était jamais située sur le cou, mais sur le tronc ou les membres. Enfin il est à noter que le pityriasis rosé est une maladie à marche cyclique, guérissant spontanément en quelques semaines, tandis qu'une guérison spontanée de l'herpès tonsurant est une chose rare.

M. Ehlers. — On ne pourra trancher la question du favus que lorsqu'il sera possible de produire la fructification du champignon par la culture. Il est convaincu de la contagiosité de l'alopécie en aires ; il l'a constatée à Paris dans de nombreux cas ; à Copenhague six fois. Dans ces cas il a été possible de déterminer la source de l'infection. L'origine nerveuse est très douteuse. Quand après une opération dans la région cervicale il survient en ce point de l'alopécie en aires, on peut toujours se demander, si l'application prolongée du pansement n'a pas créé des conditions favorables pour la contagion.

M. Ehrmann croit que la forme contagieuse de l'alopécie en aires est différente de la forme ordinaire. Dans les casernes de Vienne il n'a jamais rencontré un cas d'alopécie en aires.

M. Arning a vu des épidémies incontestables d'alopécie en aires. Sur cinq cas en traitement simultanément chez lui, trois provenaient d'une seule famille ; le père était atteint d'herpès tonsurant.

M. Staub a observé fréquemment l'herpès tonsurant du cuir chevelu et l'area Celsi.

M. Lassar. — L'alopécie en aires est souvent d'origine contagieuse. Si le pityriasis rosé est spécial à certaines saisons, cela tient au changement de vêtement, attendu que de nouvelles chemises de coton ou de laine déterminent d'ordinaire la maladie. Dans l'espace de deux à trois semaines elle envahit le corps tout entier. Il ne saurait affirmer qu'elle guérit toujours spontanément, souvent elle est le point de départ d'eczémas rebelles.

M. Lipmann ne saurait attribuer aux vêtements l'influence que Lassar leur attribue dans le pityriasis rosé.

M. Pick. — Il est absolument nécessaire de séparer cliniquement le sycosis parasitaire de l'herpès tonsurant, tant que la question de l'étiologie ne sera pas élucidée. La preuve par le chloroforme n'a qu'une importance diagnostique. Personne n'a démontré la contagiosité de l'alopécie en aires ; mais il y a une forme analogue qui procède de l'herpès tonsurant et celle-ci occasionnerait des erreurs et par suite ferait admettre la contagiosité de l'alopécie en aires proprement dite. Relativement au pityriasis rosé, les explications de Kaposi n'ont d'importance ni pour ni contre l'identité avec l'herpès tonsurant maculeux. Il a toujours trouvé des champignons, ce qui est facile dans les cas récents. Il croit que les champignons du favus peuvent, dans leur croissance, pénétrer dans le tissu conjonctif. L'impétigo contagieux n'a absolument rien à faire avec les mycoses, c'est une maladie schizomycétique. Il y a des tableaux analogues dans l'herpès tonsurant ; ils constituent la forme bulleuse de ce dernier.

(*A suivre.*) A. Doyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 26 janvier 1894.

Un cas de purpura infectieux.

M. Lebreton rapporte l'observation d'une jeune fille de 18 ans, prise trois jours après une violente émotion (incendie menaçant d'atteindre la maison qu'elle habitait) de frissons, de rachialgie, de vomissements et d'épistaxis abondantes, et le lendemain d'une éruption purpurique débutant par les mains et gagnant plus tard la poitrine, le dos et les membres inférieurs. L'éruption, confluente aux mains et aux avant-bras, discrète sur les bras, rare sur le tronc, plus abondante sur les régions fessières et les membres inférieurs, était formée de macules ayant généralement la largeur d'une pièce de 20 centimes, quelques-unes celle d'une pièce de 50 centimes. T. 39° le soir du cinquième jour, 38°,5 le lendemain matin; cœur faible, respiration accélérée; les jours suivants, lypothymies, puis guérison, avec desquamation légère dans les points où l'éruption était confluente.

Le sang extrait par piqûre du doigt a fourni des cultures de staphylocoque blanc avec quelques colonies de staphylocoque doré. L'urine renfermait du staphylocoque blanc.

Il faut donc placer le staphylocoque parmi les microbes qui peuvent causer le purpura infectieux.

M. Widal. — Le plus souvent on trouve le staphylocoque dans les cas de purpura; mais on y trouve également d'autres micro-organismes, de sorte que, comme la pleurésie purulente, la méningite, les angines, il peut être produit par plusieurs microbes vulgaires. Les recherches bactériologiques, pour être probantes, doivent porter sur le sang extrait de la veine par ponction, la simple piqûre de la peau pouvant donner issue à du sang mélangé des parasites de la peau normale.

M. A. Mathieu fait remarquer que la desquamation consécutive rapproche ce cas des érythèmes polymorphes; d'ailleurs, le purpura n'est le plus souvent en réalité qu'un érythème. L'émotion, dans ce cas, ne paraît avoir joué que le rôle secondaire d'une cause occasionnelle. On doit se demander si le purpura névropathique existe encore, s'il ne se confond pas avec le purpura infectieux et avec le purpura toxique.

Séance du 2 février 1894.

Observation de zona récidivant.

M. Matignon présente l'observation d'un jeune homme de 21 ans, atteint à plusieurs reprises d'accès palustres, qui depuis sa plus tendre enfance a vu apparaître à plusieurs reprises sur le côté droit de la face des éruptions zostériennes. Ces éruptions sont précédées de malaise, de céphalalgie, de fièvre, d'inappétence, d'agitation nocturne, qui cessent au moment où elles se produisent; pas de douleurs. Les éruptions se montrent en général trois ou quatre fois par an; elles ont une étendue variable, tantôt limitées à la

joue, le plus souvent occupant la joue et la région maxillaire inférieure. La dernière éruption, observée par M. Matignon, présentait l'aspect typique du zona, les vésicules occupant la joue, la pommette droite, la région du maxillaire inférieur, quelques-unes la région temporo-frontale ; pas de douleurs à la pression au niveau de l'émergence des branches du trijumeau. La face semble un peu moins développée à droite qu'à gauche. Quelques cicatrices déprimées, à fond brun ou blanc, sur la joue droite, correspondant à d'anciennes vésicules d'herpès.

Cette observation porte à dix-sept le nombre des cas connus de zona récidivant.

Déformation des doigts rappelant la main de Morvan ou la main lépreuse.

M. Catrin rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans, qui présente aux mains les déformations suivantes : l'index a perdu une partie de sa phalangette, sans ankylose du fragment persistant, le médius droit a également perdu une partie de sa phalangette dont le moignon est ankylosé ; la phalangette et l'extrémité inférieure de la phalangine ont disparu. Les extrémités de ces trois doigts sont déformées, mutilées, semblables à des moignons vicieusement cicatrisés. Tous les ongles restants, sauf ceux des deux pouces, sont atteints de lésions trophiques plus ou moins prononcées, rayés, ternes, cassants, ou convexes ; les mains sont courtes, épaissies, ramassées. Pas de troubles nerveux, moteurs, sensitifs ou amyotrophiques. Ces accidents se sont montrés à la suite de lésions, constituées par des « boutons », apparues à l'âge de 8 jours et qui ont évolué pendant environ trois mois. Il est difficile de leur assigner un diagnostic précis ; mais il faut rejeter celui de lèpre ou de maladie de Morvan.

Purpura infectieux avec examen bactériologique.

M. Antony rapporte l'observation d'un homme de 22 ans, pris de purpura dans la convalescence d'une bronchite simple ; l'éruption occupait symétriquement les membres supérieurs et inférieurs et se reproduisit sous la forme de poussées multiples pendant cinq mois. La culture du sang, répétée à plusieurs reprises pendant les trois derniers mois (piqûre de la peau asepsiée au niveau des éléments éruptifs, ou au doigt) donna trois fois des résultats négatifs, et six fois du staphylocoque blanc associé au staphylocoque doré. M. Antony pense que ces micro-organismes peuvent être des hôtes de la peau et que le sang puisé directement dans la veine peut seul fournir des données certaines.

Séance du 9 février 1894.

Purpura et érythème à streptocoques.

MM. F. Widal et Thérèse communiquent l'observation d'un homme de 36 ans, atteint de purpura symétrique avec douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs et d'hématurie ; signes de lésion mitrale ancienne ; au bout de quelques jours, élévation de la température qui monte progres-

sivement jusqu'aux environs de 40°; en même temps, taches érythémateuses s'accompagnant rapidement de desquamation, occupant principalement le thorax et l'abdomen; mort dix-sept jours après le début des phénomènes généraux au milieu de phénomènes rappelant ceux de l'urémie. A l'autopsie, on constate dans les capillaires du rein, du foie et de la rate la présence du streptocoque qu'on avait obtenu pendant la vie par la culture du sang puisé par piqûre au niveau du doigt. Tuberculose pulmonaire, néphrite ancienne.

Pour les auteurs, le purpura et l'érythème qui se sont montrés successivement sont de même nature et ne diffèrent que par le degré; l'infection hémorrhagique et érythémateuse peut être mise sur le compte du streptocoque, qui a dû pénétrer par les lésions pulmonaires et auquel les lésions rénales avaient préparé le terrain.

Actuellement, on ne peut classer le purpura suivant la nature du microbe constaté, ni déterminer s'il est dû dans les formes hémorrhagiques des fièvres graves à l'agent pathogène primitif ou à des infections secondaires. Il se peut que les microbes agissent sur le système nerveux par l'intermédiaire des toxines qu'ils produisent, et que certaines variétés du purpura infectieux rentrent ainsi dans le cadre du purpura myélopathique.

M. A. Mathieu fait observer que si la virulence particulière du microbe peut expliquer l'apparition du purpura, la prédisposition névropathique du sujet peut également en rendre compte : il semble que certains neuro-arthritiques aient un système nerveux qui ne demande qu'à réagir sous forme d'érythème purpurique, en présence de certaines intoxications, de certaines infections, de même que certains sujets ont une tendance manifeste à avoir des poussées d'érythème circiné ou d'urticaire sous l'influence d'intoxications et d'infections diverses.

M. Marfan, à propos de la présence de lésions tuberculeuses chez le malade de M. Widal, fait remarquer que le purpura est rare dans la tuberculose, qu'il ne s'observe guère dans la phtisie chronique que sur les membres œdématiés par le fait de la cachexie ou de la phlegmatia alba dolens, mais qu'il est relativement plus fréquent dans la phtisie aiguë granulique.

M. Rendu pense au contraire que le purpura n'est pas exceptionnel dans la tuberculose chronique, où on l'observe en particulier au poignet et au dos de la main.

Séance du 6 avril 1894.

Des badigeonnages de gaïacol dans le traitement de l'orchite.

MM. Balzer et R. Lacour communiquent le résultat de leurs expériences sur ce mode de traitement, qu'ils ont été amenés à appliquer en raison de son action sédative et antithermique.

Les badigeonnages avec le gaïacol pur, fondu à une douce température (1 gramme matin et soir), déterminent une sensation de cuisson assez vive qui se transforme au bout de dix minutes en une simple sensation de chaleur persistant pendant deux heures; la douleur est d'abord calmée,

puis disparaît bientôt complètement, le sommeil redevient possible et la température tombe à la normale.

Le gaïacol pur provoquant souvent de l'érythème et de la desquamation du scrotum, il est préférable de se servir d'une pommade renfermant pour 30 grammes de vaseline 5 ou 10 grammes de gaïacol ; les onctions avec 3 à 5 grammes de cette pommade sont répétées deux fois par jour et le scrotum recouvert d'une compresse maintenue par un bandage en T. La sensation de cuisson est peu prononcée, mais il y a une sensation de chaleur comme après les badigeonnages de gaïacol pur. Les effets thérapeutiques, un peu moins prompts qu'avec le gaïacol pur, sont satisfaisants, la douleur se calme rapidement, le sommeil redevient possible et la température s'abaisse. La pommade n'irrite généralement pas le scrotum. Dans l'orchite double, le badigeonnage unilatéral du scrotum n'amène la cessation de la douleur que du côté où il est fait.

M. Chauffard emploie avec avantage le salicylate de soude, à doses de 6 à 8 grammes par jour dans l'orchite ; dès les premières heures, les douleurs s'atténuent, puis disparaissent. Ce traitement est très bien supporté. Le salicylate de soude a de plus l'avantage de modifier très heureusement la blennorrhagie en alcalinisant les urines et d'être un antiseptique urinaire.

Séance du 27 avril 1894.

Pigmentation de la peau dans l'arsenicisme.

M. Richardière présente une femme de 19 ans, atteinte d'adénie, chez laquelle, après injection de 42 gouttes de liqueur de Fowler et ingestion de 500 gouttes de la même préparation, est survenue une pigmentation généralisée analogue à celle de la peau d'un mulâtre avec coloration presque noire au niveau des aisselles, du cou, de la nuque et des doigts. Après la cessation du traitement arsenical, la pigmentation a diminué sans qu'il survienne de desquamation. Cette pigmentation a été le signe principal de l'imprégnation arsenicale qui n'a déterminé, en dehors d'elle, qu'un peu de diarrhée et un certain degré de parésie du membre inférieur droit.

M. Rendu pense, en raison de la généralisation de la pigmentation, qu'il y a lieu de faire des réserves sur l'influence de l'arsenic dans sa production et de se demander s'il ne faut pas incriminer une influence tuberculeuse et peut-être une localisation aux capsules surrénales.

Pseudo-éléphantiasis névropathique du membre supérieur chez une femme hystérique.

M. G. Thibierge présente une femme de 37 ans, atteinte d'œdème du membre supérieur gauche rappelant l'aspect de l'éléphantiasis par l'intégrité de la main et la résistance à la pression du doigt. Cet œdème remonte à quinze mois, n'est explicable par aucune lésion veineuse ou lymphatique et n'est pas douloureux. La malade a eu des attaques d'hystérie et a une anesthésie pharyngienne absolue. Malgré ces antécédents, il ne semble pas que l'œdème doive être attribué à l'hystérie : il ne coïn-

cide pas avec des manifestations hystériqnes sur le membre malade, ne s'accompagne pas de la cyanose habituelle aux œdèmes hystériques et présente tous les caractères des pseudo-éléphantiasis névropathiques décrits M. Mathieu.

M. A. Mathieu fait observer qu'il existe chez cette malade un point douloureux au niveau du plexus cervical, ce qui rapproche ce cas de celui qu'il a observé.

M. Gilles de la Tourette pense que cet œdème doit être rapporté à l'hystérie dont cette malade est manifestement atteinte.

Séance du 11 mai 1894.

Hémorrhagies cutanées dans la cirrhose hépatique.

M. Hanot. — On observe dans la cirrhose hépathique des sugillations sanguines, relevant de l'intoxication générale. Ces lésions peuvent aussi se rencontrer à une période moins avancée de la maladie, même pendant la précirrhose : elles font partie des petits signes de la maladie, à une période où il n'y a encore ni ascite ni développement anormal des veines sous-cutanées abdominales.

M. Mathieu. — Observe-t-on dans la cirrhose, à une époque quelconque, des manifestations érythémateuses comme celles qui accompagnent un grand nombre de formes de purpura et qui semblent être dues à un mécanisme analogue à celui du purpura mais moins, accentué?

M. Hanot. — J'ai observé des érythèmes de toutes sortes, parfois à une période assez rapprochée du début de la cirrhose. Je ne puis me prononcer sur la relation qui les unit aux hémorrhagies cutanées.

M. Rendu a observé des éruptions érythémateuses chez les cirrhotiques, mais il ne les a pas vues devenir ultérieurement hémorrhagiques.

Séance du 13 juillet 1894.

Éruption chéloïdiforme consécutive à une friction d'huile de croton.

M. Matignon communique l'observation d'un homme de 22 ans, qui, à la suite d'une friction d'huile de croton faite sur le devant de la poitrine pour une bronchite, vit se développer sur les parties frictionnées des lésions qui au bout d'un an présentaient l'aspect suivant : saillies de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 20 centimes, les plus grosses dépassant le tégument de 7 à 8 millimètres ; de coloration généralement blanche et d'aspect cicatriciel ; quelques-unes, surtout les moins volumineuses, sont un peu violacées ; leur surface est irrégulière et présente de petites dépressions, de petits sillons à fond noirâtre ; consistance très ferme, rappelant presque celle du cartilage ; ces tumeurs sont mobiles sur le plan profond et sont formées uniquement par la peau ; sur les parties périphériques de l'éruption, un grand nombre de petites saillies blanchâtres, presque toutes centrées par un point noir correspondant à l'orifice d'une glande pilo-sébacée.

Séance du 20 juillet 1894.

Mal perforant buccal dans le tabes.

M. Letulle présente un homme de 51 ans, atteint de tabes; à l'examen de la bouche, on constate les lésions suivantes : absence de toutes les dents du maxillaire supérieur à l'exception de la deuxième prémolaire et de la première grosse molaire gauche, absence de toutes les dents inférieures du côté gauche, perte de substance ayant effondré la moitié droite de la voûte palatine et du rebord gingival supérieur, formant un infundibulum d'aspect cicatriciel dont la paroi externe est formée par la joue et dont le centre correspond assez exactement à la ligne que devrait tracer le rebord dentaire ; cet enfoncement est tapissé d'une muqueuse pâle, nacrée, rivulée et très épaissie ; au fond on aperçoit un orifice donnant accès dans le méat moyen de la fosse nasale droite, où il s'ouvre par une perte de substance arrondie. Le reste de la cavité buccale est normal. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur l'évolution de cette lésion ; il n'a jamais souffert des dents ; aucun phénomène bulbaire, aucune crise viscérale tabétique.

Ce fait est analogue à ceux signalés par M. Fournier sous le nom de mal perforant buccal tabétique.

M. Lermoyez a observé deux fois, chez des tabétiques, des lésions semblables qui s'étaient développées sans douleur. Il est à remarquer que, dans ces cas, il n'y avait aucune trace de suppuration dans le sinus maxillaire, malgré la pénétration facile de la salive et des aliments.

Georges Thibierge.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894

André Broca. — Études physiologiques, physiques et cliniques sur la vision des éruptions cutanées (20 décembre 1893).

L'auteur de cette thèse très remarquable s'est posé le problème suivant : une éruption cutanée, de nature quelconque, rougeole, scarlatine, syphilide, etc., ne se révélant pas par des caractères physiques suffisants pour être appréciable à l'œil nu, soit parce qu'elle n'a pas encore pris toute son intensité, soit parce qu'elle est en voie de disparition, n'est-il pas possible de rendre apparentes par un artifice d'optique, les lésions qui précèdent ou peuvent précéder, suivent ou peuvent suivre sa période d'éclat, et de préciser ainsi son diagnostic dans les cas frustes ou avant qu'elle ne soit manifeste ?

Se basant sur des lois d'optique et sur des expériences anciennes ou personnelles, il a donné de ce problème deux solutions très élégantes.

Nous ne résumerons pas ici toute la partie purement physique de sa thèse, et nous nous contenterons de signaler les trois points capitaux suivants : 1° Les meilleures conditions pour distinguer deux plages (surfaces de colorations différentes) voisines sont fournies par un éclairement plutôt un peu inférieur à celui d'une fenêtre très vivement éclairée et d'autant plus faible que la couleur dominante de la plage la plus colorée sera plus réfrangible ; 2° quand, à un système de deux plages à différencier, on ajoute une couleur uniforme, celle-ci nuira à la perception de la différence primitive ; c'est ce que l'on peut appeler une couleur parasite ; 3° les couleurs les plus fatigantes, à énergie égale, sont celles des extrémités du spectre ; la plus fatigante de toutes est le rouge extrême.

Si on étudie les couleurs qui constituent les éruptions cutanées, on constate au moyen du spectroscope que la coloration de la peau est le blanc rose, et que la composition de la lumière diffusée par une éruption quelconque, les pigmentations très prononcées mises de côté, est très voisine de celle diffusée par la peau congestionnée ; le pouvoir diffusif est moindre dans les parties les plus réfrangibles du spectre, tout en étant, dans le rouge, égal ou supérieur à ce qu'il est pour la peau saine. La couleur *parasite* est donc le rouge, c'est-à-dire celle qui est la plus fatigante pour la rétine.

On pourrait faciliter la vision des éruptions en diminuant l'éclairage dans de certaines limites, ce que l'on a l'habitude de faire en clinique pour rechercher la roséole syphilitique, mais ce procédé, qui ne diminue les radiations parasites qu'en atténuant simultanément l'effet utile des radiations actives, est peu sensible. Ce qu'il faut rechercher c'est le moyen physique de supprimer l'action des radiations peu réfrangibles, en respectant autant que possible celle des radiations les plus réfrangibles.

Le premier moyen est la photographie, dans les conditions ordinaires de laquelle l'action actinique des rayons rouges est pratiquement nulle. De fait, la photographie révèle par des taches noires des altérations insaisissables à l'œil nu. C'est ainsi que les taches de rousseur produisent sur les épreuves positives des taches noires d'une grande intensité ; un photographe de Berlin, photographiant une personne qui mourut quelques jours après de variole, avait remarqué que le visage était, sur la photographie, criblé de petites taches grises.

M. Broca a obtenu par la photographie de sujets atteints d'eczéma, la reproduction très nette de lésions inappréciables à l'œil nu. Il donne sur le temps de pose et le développement des négatifs destinés à mettre ces lésions en relief des détails circonstanciés que nous ne pouvons résumer ici.

Le deuxième procédé est l'emploi du verre bleu pour examiner directement les lésions. Ce procédé est basé sur la nécessité d'absorber les rayons rouges, qui constituent la teinte parasite. Il n'y a malheureusement pas de verre coloré absorbant complètement : les verres verts laissent toujours passer un peu de rouge et de jaune, affaiblissent peu le vert et absorbent complètement le bleu ; les verres au bleu de cobalt absorbent notablement les rayons rouges et jaunes, laissent passer principalement les rayons verts et bleus en absorbant notablement les verts et presque pas les bleus. Ces derniers sont de beaucoup préférables en pratique.

Pour appliquer ce procédé à la vision des éruptions douteuses, il faut soustraire l'œil à toute espèce de lumière parasite, laquelle a une influence nuisible et, pour cela, placer le verre le plus près possible de l'œil, se placer près d'une fenêtre vivement éclairée, mais en évitant la lumière directe du soleil, avoir soin de ne pas fixer obstinément un point, mais laisser le regard errer naturellement, avoir l'œil aussi reposé que possible et pour cela fermer l'œil quelques secondes en plaçant les mains devant sans le comprimer. Dans les pièces tendues de rouge, l'éruption est moins apparente ; dans les pièces tendues de bleu, elle est au contraire plus nette.

En pratique, le meilleur procédé pour employer la méthode de M. Broca consiste à se servir de binocles munis de verres au bleu de cobalt.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles il a pu, grâce à ce procédé, soit prévoir une éruption avant que l'œil ne la révèle, soit révéler les traces d'une éruption antérieure, soit révéler une éruption fruste, soit percevoir plus nettement qu'à l'œil nu les limites des éléments d'une éruption. Ces observations ont trait à des cas d'eczéma, de rougeole, d'érythèmes infectieux, de roséole syphilitique, de cicatrices d'origines diverses.

Le procédé d'examen au verre bleu, de même que la protographie, ne renseigne bien entendu que sur l'existence de l'éruption, sur sa forme ; il ne peut servir à déterminer ses caractères spéciaux de coloration ; mais, en clinique, dans les cas où la méthode de M. Broca doit être utilisée, c'est-à-dire quand on a à rechercher son existence pour établir ou confirmer un diagnostic, il suffit de constater sa présence et la forme de ses éléments. Il faut remarquer que sur le visage les taches de rousseur même

imperceptibles à l'œil nu peuvent, lorsqu'on les examine à travers un verre bleu, simuler des éruptions diverses et que sur les membres les marbrures pourraient être prises pour une éruption si on ne remarquait leur disposition et les anastomoses qu'elles forment entre elles.

Le procédé de M. Broca peut rendre de grands services en clinique dermatologique : depuis plusieurs mois que nous l'employons journellement nous avons pu, grâce à lui, établir formellement l'existence de roséoles syphilitiques et de syphilides pigmentaires qui semblaient manquer ou ne se révélaient pas à l'œil nu d'une manière suffisamment nette.

S. Tabart. — Contribution à l'étude de la névrodermite chronique circonscrite ou lichen circonscrit (6 décembre 1893).

L'auteur de cette thèse rapporte quelques observations nouvelles de lichen circonscrit recueillies dans le service de M. Brocq, dont il adopte les idées, et dont il paraphrase les importants mémoires sur ce sujet.

M. Gazzola. — Étude sur une lésion papillaire de la langue (7 décembre 1893).

L'auteur étudie une forme de glossite papillaire, déjà décrite par M. Duplaix, et caractérisée par des douleurs survenant sous forme de crises, occupant la partie antérieure de la langue et accompagnées de petites excoriations rouges correspondant aux papilles filiformes. Il pense que la lésion consiste dans une névrite des terminaisons nerveuses dans ces papilles. Le traitement consiste dans la destruction par le galvanocautère du tissu lésé.

R. Millon. — Des manifestations cutanées dues aux vices de la nutrition chez les enfants (21 décembre 1893).

Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. Comby, et basée sur quarante-six observations recueillies à sa policlinique, se termine par les conclusions suivantes :

Dans la très grande majorité des cas, les dermatoses qui se rencontrent chez les enfants, érythèmes, eczéma, urticaire, strophulus, prurigo, acné, sont des manifestations secondaires. Elles reconnaissent pour origine un trouble récent ou invétéré de la nutrition de l'enfant.

Seuls, quelques cas très rares d'eczéma échappent à ce groupement étiologique et sont véritablement des manifestations dépendant d'un état constitutionnel héréditaire.

Les diathèses héréditaires sont insuffisantes pour donner la raison de la plupart des dermatoses infantiles, mais leur influence paraît de second ordre, le trouble de la nutrition ayant déterminé une affection cutanée : la scrofule, le neuro-arthritisme peuvent déterminer la forme de cette dermatose.

Le traitement devra donc être pathogénique et s'adresser à l'état général. Les erreurs et les perversions alimentaires étant le facteur principal des troubles de la nutrition, la rectification du régime suffira souvent, seule, à amener la résolution de la manifestation cutanée.

Cuénod. — Bactériologie et parasitologie cliniques des paupières (8 février 1894).

Ce travail considérable et consciencieux, fait surtout au point de vue de l'ophthalmologie et des enseignements qu'elle peut retirer des recherches bactériologiques, renferme des données intéressantes au sujet des affections cutanées des paupières.

Nous y relevons particulièrement l'étude des microbes normaux de la paupière, dont les plus fréquents sont les staphylocoques (l'aureus beaucoup plus rare et moins abondant que l'albus) existant à peu près constamment au niveau du point d'implantation des cils; les glandes sébacées ne renferment pas normalement de microbes.

Dans la partie pathologique de sa thèse, l'auteur passe en revue toutes les affections cutanées à parasites démontrés ou supposés : charbon, lèpre, tuberculose, actinomycose, favus, trichophyties, eczémas, molluscum contagiosum, épithéliomas, verrues, phthiriase, lésions provoquées par les larves de diptères, etc. Cette étude très documentée et accompagnée d'une bibliographie très riche, renferme une foule de faits peu connus, qui peuvent aider le diagnostic dans les cas embarrassants de lésions cutanées palpébrales.

J. Chapon. — Contribution à l'étude des éruptions chloraliques (15 février 1894).

L'auteur a recueilli vingt-cinq observations d'éruptions chloraliques, dont deux inédites : dans l'une de celles-ci que nous lui avons communiquée, l'éruption à type roséolique était rendue plus intense par les quintes de coqueluche pour laquelle le chloral avait été prescrit; dans l'autre, il s'agit d'un brightique atteint d'une éruption scarlatiniforme.

L'auteur décrit les diverses formes érythémateuse, papuleuse, ortiée, vésiculeuse et pétéchiale des éruptions chloraliques et insiste sur le rôle des lésions rénales dans la production des éruptions médicamenteuses, rôle si important que lorsque ces éruptions se produisent chez un individu réputé sain il faut faire une enquête attentive sur l'état de ses fonctions rénales. Il note également l'influence déjà connue de l'alcool et des repas sur le développement des éruptions chloraliques.

M. Bailliot. — Du détatouage; différents procédés de destruction des tatouages (8 mars 1894).

L'auteur passe en revue les procédés employés pour faire disparaître les traces des tatouages (frottements, vésication, brûlure, tatouage avec des poudres d'émaux, moyens chimiques, électrolyse, piqûres avec agents escarrotiques), et conclut que ce dernier procédé est seul pratique et satisfaisant : il a obtenu des succès soit par des piqûres avec une aiguille imprégnée de solution de tannin et suivies de crayonnage au nitrate d'argent, soit par des piqûres avec des aiguilles imprégnées de solution de bioxalate de potasse : ce dernier procédé est moins douloureux et donne des résultats plus satisfaisants.

R. Sabouraud. — Les trichophyties humaines (25 avril 1894).

Cette thèse résume les importantes et laborieuses recherches de l'auteur sur les trichophyties et coordonne les travaux qu'il a publiés antérieurement. La plupart de ces travaux ont paru dans les *Annales* (1892, p. 1061, 1151; 1893, p. 116, 561, 814; 1894, p. 37); d'autres ont déjà été analysés par nous (1893, p. 1074; 1894, p. 1183), et M. Sabouraud a résumé dans un rapport à la Société de dermatologie (*Annales*, 1894, p. 982) les grandes lignes de ses recherches. Nous ne saurions donc sans faire double emploi donner une analyse, forcément très incomplète, de sa thèse qui devra être désormais consultée par tous les médecins désireux de connaître l'état actuel de la question si importante des trichophyties.

A. Cégan. — De l'éléphantiasis exotique; ses rapports avec la filaire du sang (16 mai 1894).

L'auteur résume les travaux antérieurs sur la pathogénie filarienne de l'éléphantiasis exotique et rapporte trois observations personnelles dans lesquelles il a constaté la présence du parasite dans le sang. Il donne en outre le résultat de quelques expériences sur la résistance des embryons de filaire aux antiseptiques. Il a constaté que, pour tuer ces embryons en moins d'un quart d'heure il faut une température de 60°, la dessiccation, ou par litre de sérum ou de lymphe les doses suivantes d'antiseptiques: 0 gr. 10 de biiodure de mercure, 0 gr. 25 de sublimé, 2 grammes d'acide salicylique, 2 gr. 50 d'acide phénique, 4 gr. 28 d'alun, 4 gr. 54 de chlorhydrate de quinine, 111 grammes d'alcool à 90°. Dans deux des cas personnels à l'auteur, il a été fait usage d'injections interstitielles de chlorure de zinc au vingtième, dans les tissus éléphantiaques ; ces injections ont amené une réduction très notable du volume des parties malades et un état que l'auteur considère presque comme la guérison.

P. Combalat. — Étude sur les dermatoses professionnelles (22 mai 1894).

L'auteur a recueilli sous notre direction 37 observations de dermatoses professionnelles, et les a étudiées surtout au point de vue des causes générales et constitutionnelles qui interviennent dans leur développement.

Il conclut de ses recherches que les dermatoses professionnelles ne se développent pas nécessairement chez tous les sujets soumis à une même cause d'irritation cutanée. Plusieurs facteurs interviennent dans la production de ces éruptions : le principal est le terrain, qui se trouve formé par la réunion de particularités propres, héréditaires ou acquises. Dans les 5/6 des cas observés par l'auteur, les malades présentaient des tares organiques quelconques ou des troubles morbides aigus, précédant de peu l'apparition des lésions cutanées : dans 1/6 seulement, il n'y avait pas d'antécédents semblables et on ne pouvait invoquer qu'une prédisposition spéciale rendant la peau des sujets particulièrement susceptible.

Les éléments symptomatiques des dermatoses professionnelles n'ont rien de caractéristique en eux-mêmes ; ce sont les éléments ordinaires de

l'irritation et de l'inflammation cutanées, aboutissant à la production de lésions d'apparence eczémateuse, mais qu'il ne faut pas ranger dans le groupe hétéroclite des eczémas. Ce qui donne aux éruptions professionnelles leurs caractères spéciaux, ce sont : le mode d'apparition, la marche des lésions, leurs localisations et le groupement des éléments, en eux-mêmes banaux.

E. Barret. — Des relations entre la teigne et la pelade (24 mai 1894).

L'auteur cherche à établir que la pelade et la teigne (sous ce nom il désigne la trichophytie) ont une même origine, que la pelade est une trichophytie dont les éléments sont à l'état latent et sommeillants. A l'appui de cette opinion, il rapporte des faits très discutables dus à Hutchinson et trois observations personnelles dans lesquelles les sujets, atteints de pelade, auraient eu antérieurement « la teigne » ; mais dans aucune de ces observations, il n'y a de détails permettant de reconnaître la nature de la prétendue teigne antérieure.

Des faits précis seraient nécessaires, pour établir cette doctrine que la grande autorité de Hutchinson et de R. Crocker n'a pas suffi à faire prévaloir.

H.-A. Martin. — Les difficultés du traitement des teignes tondantes (30 mai 1894).

L'auteur de cette thèse, inspirée par M. Sabouraud, montre tout d'abord la diversité et le peu de succès des diverses médications vantées contre les teignes tondantes, dont aucune ne peut être considérée comme satisfaisante.

Les résultats annoncés par les auteurs des différents procédés de traitement ont été loin d'être toujours confirmés dans les recherches de contrôle. La pluralité des teignes tondantes doit être tenue en compte dans l'appréciation des résultats des méthodes thérapeutiques, car chacune de ces espèces a une évolution différente de celle des autres ; il résulte encore de cette notion que le traitement doit être, en principe, spécial à chacune de ces affections distinctes.

Les teignes tondantes ne réagissant pas sur la santé générale et ne provoquant pas par elles-mêmes la destruction des poils, on doit présscrire tous les traitements susceptibles de provoquer des accidents généraux ou de laisser de l'alopécie, tels que les caustiques forts et l'huile de croton. Les traitements, qui, ne présentant pas ces inconvénients, sont susceptibles d'être employés contre les teignes tondantes, se réduisent tous, à peu près, à l'expectation.

La profondeur du follicule pileux chez l'homme, où il est situé à 4 ou 5 millimètres de la surface cutanée, profondeur encore accrue par les lésions inflammatoires qui accompagnent les tondantes, l'inaccessibilité du follicule pileux aux agents extérieurs, démontrée par la stérilité parfaite d'une racine de cheveu normal, rendent très difficile sinon impossible la pénétration des parasiticides jusqu'au niveau du parasite.

La difficulté du diagnostic différentiel, et surtout du diagnostic précoce

influe également sur la difficulté du traitement, en reculant le moment où on l'emploie. Les badigeonnages de teinture d'iode, dans les cas douteux peuvent servir à la fois au diagnostic précoce et au premier traitement de la maladie. Une autre difficulté est celle du diagnostic de la guérison, lequel demande des examens minutieux et répétés.

Parmi les traitements actuels, qui sont des traitements d'attente, ceux qui doivent être préférés sont, outre l'épilation de la bordure des plaques et les lavages quotidiens à l'eau chaude et au savon, l'emploi simultané de la teinture d'iode et de l'emplâtre de Vigo. Dans les tondantes à grosses spores d'origine animale, lorsqu'il existe une irritation trop vive, on doit d'abord la calmer au moyen de cataplasmes de fécule. Le traitement par la teinture d'iode et l'emplâtre mercuriel provoque un certain degré d'irritation se traduisant par la production de vésico-pustules et d'un empâtement congestif de la profondeur du derme; ces lésions ont une influence favorable sur la guérison des teignes tondantes trichophytiques, influence due probablement à ce que le staphylocoque, qui en est la cause, empêche la culture du trichophyton, ainsi que M. Sabouraud l'a constaté dans ses recherches de laboratoire. Le peu d'efficacité de ce traitement dans les teignes à petites spores semble dû à ce que le développement du microsporon Audouini n'est pas entravé par la présence du staphylocoque; dans cette dernière affection, il y a avantage à alterner l'usage de la teinture d'iode et d'une pommade décapante au carbonate de potasse, à 20 p. 100, qui permet d'enlever les cheveux entiers à la condition de les épiler avec lenteur. Lorsqu'il ne reste plus qu'un très petit nombre de poils malades, on peut, pour abréger la fin du traitement, les enlever par l'électrolyse ou provoquer une folliculite destructive en introduisant dans le follicule une aiguille fine enduite d'huile de croton.

L. Plantier. — Contribution à l'étude de l'absorption par la peau humaine intacte des substances médicamenteuses fixes, solubles dans l'eau, à l'état de poudre ou en solution aqueuse (7 juin 1894).

L'auteur rappelle la variabilité des résultats obtenus par les auteurs qui ont étudié l'absorption cutanée. Il fait observer que les résultats positifs survenant à la suite des bains généraux ne sont pas probants, car il peut exister en quelque point du corps une érosion qui a passé inaperçue et qui sert à l'introduction de la substance expérimentée; aussi les résultats négatifs ont-ils, en pareil cas, plus de valeur que les résultats positifs.

Les expériences de l'auteur faites avec l'iodure de potassium, le salicylate de soude, l'antipyrine, sous forme de bains locaux (pédiluves) de une heure et demie de durée, d'application de poudre laissée dans la chaussette pendant une journée, de pulvérisations sur l'avant-bras des solutions précédentes pendant une heure, ont montré, par l'examen des urines, l'absence d'absorption. Dans un seul cas, à la suite de l'application de salicylate de soude en poudre, l'urine présenta la réaction caractéristique, mais il existait une érosion qui avait passé inaperçue. Ces expériences, au nombre de 42, montrent donc que la peau saine n'absorbe pas les corps solubles dans l'eau sous forme de solutions aqueuses ou de poudres.

J. Miras. — Le sclérème des nouveau-nés (7 juin 1894).

Le sclérème, qu'il ne faut pas confondre avec l'œdème des nouveau-nés, peut, contrairement à l'opinion de Parrot, se développer en dehors de l'athrepsie. Il peut se produire dans le choléra infantile à la période de collapsus et d'algidité et amène souvent la mort. La cause déterminante est le froid, agissant sur un enfant faible et cachectique ou sur un enfant né avant terme ; il est beaucoup plus rare qu'il se développe chez un enfant né à terme et bien portant. La meilleure thérapeutique du sclérème consiste dans l'emploi de la couveuse et des stimulants. Non seulement la couveuse peut guérir le sclérème, mais elle peut encore en prévenir l'apparition chez un enfant né avant terme et débile. La preuve en est dans la rareté actuelle du sclérème dans les maternités de Paris : la plupart des 75 cas recueillis par l'auteur avaient trait à des enfants nés en ville où les précautions contre le froid étaient insuffisamment prises et qui étaient déjà atteints de sclérème à leur entrée à l'hôpital, et le plus grand nombre de ces cas s'étaient produits dans la saison froide.

F. Wermeille. — Stomatite et rhinite impétigineuses dans la rougeole ; leurs rapports avec la broncho-pneumonie (7 juin 1894).

Les lésions impétigineuses de la muqueuse buccale et de l'orifice du nez s'observent, dans la rougeole, chez les enfants hospitalisés. Ces lésions, qui ne s'accompagnent pas d'impétigo du tégument, sont des infections secondaires de même nature que la broncho-pneumonie, évoluant avec celle-ci et dont l'éclosion est subordonnée aux mêmes causes. La broncho-pneumonie ne paraît pas être en relation directe avec les lésions buccales et nasales, mais ces diverses affections ont la même origine pathogénique, la présence dans la bouche de micro-organismes à virulence exaltée.

F. Emourgeon. — Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (20 juin 1894).

Après avoir résumé les symptômes et la pathogénie du myxœdème, l'auteur étudie son traitement thyroïdien. Il rapporte in extenso une belle observation de M. Lebreton dans laquelle le corps thyroïde de mouton a été administré en nature à la dose de un lobe par jour, légèrement frit ; l'action du corps thyroïde a été rapide et il ne s'est pas produit d'accidents.

Comparant ce cas aux autres observations de myxœdème soumis au traitement thyroïdien, l'auteur conclut que le traitement est uniquement palliatif, que sa très grande activité oblige à le manier avec les plus grandes précautions, en débutant par des doses faibles. Le procédé le plus pratique et celui qui semble réunir toutes les conditions de sécurité sans que la glande perde ses propriétés est l'ingestion de celle-ci en nature et légèrement cuite.

E. Maurice. — De l'acné nécrotique (27 juin 1894).

Sous la détermination d'acné nécrotique, empruntée à C. Boeck, et que nous croyons plus appropriée que celles employées par les auteurs,

M. Maurice a traité l'acné arthritique ou pilaire de Bazin, acné frontale ou varioliforme des auteurs allemands.

Il en rapporte huit observations personnelles, recueillies en quelques semaines à l'hôpital Saint-Louis. La première observation est surtout remarquable par l'étendue des lésions qui occupaient, à un haut degré d'intensité, toutes les régions pilaires de la face, l'orifice des narines. Au point de vue clinique, l'auteur distingue trois formes : la forme commune à localisation frontale prédominante, décrite par les auteurs classiques; la forme grave dont l'observation précédente est un des types les plus remarquables et la forme à petits éléments eczématoïdes qui siège à peu près exclusivement au cuir chevelu et est souvent confondue avec les eczémas de même siège.

E. Welti. — Contribution à l'étude de la cause de mort après les brûlures étendues de la peau (4 juillet 1894).

L'auteur conclut de recherches expérimentales sur les animaux et d'examens histologiques d'organes de sujets ayant succombé à des brûlures, que les plaquettes sanguines jouent un rôle très important dans la production des symptômes qui succèdent aux brûlures étendues de la peau. La brûlure crée des conditions qui favorisent la réunion des plaquettes en amas et leur adhérence aux parois vasculaires (formation des thromboses). La mort, dans les premiers jours après l'accident, est due à l'engouement du système circulatoire par les plaquettes et leurs amas, et surtout à l'engouement de la circulation pulmonaire. Les thromboses définitives des vaisseaux de la plupart des organes produisent des nécroses multiples, suivies d'ulcérations (muqueuses) ou d'inflammations secondaires ; celles-ci peuvent être la cause de la mort à partir du troisième jour après l'accident.

B. Beaudonnet. — Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe (4 juillet 1894).

L'auteur rapporte trois observations inédites de manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe et, à leur occasion, passe en revue les faits antérieurement connus.

Cette intéressante monographie se termine par les conclusions suivantes :

Les manifestations oculaires papuleuses ou vésiculeuses de l'érythème polymorphe sont assez caractéristiques pour attirer l'attention des dermatologistes et des oculistes. Leur début est variable : il coïncide presque toujours avec l'apparition de l'éruption cutanée ; dans un seul cas, il l'a précédée.

Dans la forme papuleuse, les lésions peuvent occuper les différentes parties de la conjonctive bulbaire, et respectent la conjonctive palpébrale; elles peuvent envahir les deux yeux simultanément ou symétriquement ou se limiter à un seul ; elles apparaissent généralement quelques jours après l'éruption cutanée et disparaissent en général au bout d'une semaine sans laisser de trace appréciable. Le pronostic est donc très bénin. Il n'y a qu'un seul cas connu de troubles intra-oculaires; il s'agit d'un érythème

noueux récidivant, compliqué de glaucome également récidivant, observé par Titomanlio.

L'éruption vésiculeuse, qui peut occuper les mêmes points de la conjonctive que la forme papuleuse, se présente habituellement sous la forme d'une, deux ou trois vésicules isolées, du volume d'une lentille ; leur rupture donne lieu à des exulcérations généralement peu douloureuses, qui mettent rarement plus d'un septénaire à se cicatriser. Cette forme peut se compliquer parfois de productions diphtéroïdes sur la conjonctive palpébrale, mais n'entraîne pas de troubles fonctionnels soit du côté de l'œil, soit du côté des paupières. Le pronostic est donc également bénin.

Il est très important de ne pas confondre l'hydroa de la conjonctive, éruption absolument bénigne, avec le pemphigus dont la terminaison très fréquente est la perte de la vue par xérosis et symblépharon.

On s'abstiendra de tout traitement local dans les manifestations conjonctivales de l'érythème polymorphe.

V. Desbonnets. — Du développement de l'épithéliome sur le lupus (4 juillet 1894).

L'auteur a réuni dans sa thèse, très travaillée et très consciencieuse, 86 observations de lupus compliqué d'épithélioma, dont 9 inédites. On y trouvera donc tous les éléments de l'étude de cette question.

L'épithélioma peut se développer sur toutes les variétés du lupus vulgaire : on ne l'a pas encore signalé dans le lupus érythémateux.

Il vient ordinairement compliquer les lupus anciens en moyenne trente ans après le début du lupus ; quatre fois il s'est montré cinquante ans après le début du lupus.

Il complique le plus souvent le lupus de la face ; treize fois il compliquait un lupus des membres, du cou ou des oreilles. Il se développe plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, quoique cette dernière soit plus souvent atteinte de lupus.

Il est rare qu'il occupe simultanément plusieurs sièges. Dans un cas seulement, qui est quelque peu douteux, il compliquait un lupus des muqueuses (larynx).

L'épithélioma peut se développer sur un lupus ulcéré, mais plus fréquemment sur un lupus non ulcéré ou mieux cicatrisé. Il peut lui-même présenter la forme végétante ou la forme ulcéreuse, donne lieu à un engorgement ganglionnaire rapide et souvent considérable.

La marche est quelquefois très rapide et l'intervention bientôt impossible ; la mort peut être due à la généralisation, ou à des complications locales (hémorrhagies abondantes, compressions, etc.). La durée varie entre trois mois et deux ans et demi. La guérison peut être obtenue, ou tout au moins une survie de plusieurs années: 9 observations signalent une survie d'un an au moins.

Le mode de traitement employé contre le lupus ne semble avoir aucune influence sur l'apparition de l'épithélioma.

La pathogénie de cette complication est inconnue : toutes les théories invoquées pour expliquer le développement de l'épithélioma en général peuvent également être invoquées dans ce cas.

Les lésions sont celles de l'épithélioma lobulé.

Le diagnostic est souvent difficile au début, où l'épithélioma peut être confondu avec certaines formes végétantes ou ulcéreuses du lupus ; l'adénopathie de voisinage a une grande importance diagnostique.

Le traitement consiste de préférence dans l'extirpation large et complète du mal toutes les fois qu'elle est possible ; les moyens moins radicaux ne doivent être employés que chez les sujets qui se refusent à une intervention chirurgicale.

G. Garnier. — Du cancer de la verge et en particulier de son traitement par le bistouri (11 juillet 1894).

L'auteur résume les caractères cliniques du cancer de la verge et étudie spécialement son traitement. Il se prononce contre toutes les interventions autres que l'amputation de la verge au bistouri. Cette intervention est possible à la condition que les ganglions lymphatiques profonds soient respectés et que l'état général ne soit pas compromis ; si les ganglions lymphatiques superficiels sont envahis, ils doivent être enlevés.

Le procédé opératoire que l'auteur recommande de préférence est emprunté à M. Quénu, auquel il a donné de beaux succès. Nous ne pouvons entrer dans la description, qui est trop spécialement d'ordre chirurgical.

A. Boye. — Étude comparative sur certains troubles trophiques des extrémités (12 juillet 1894).

L'auteur réunit sous ce titre des faits très disparates observés dans le service de M. Lancereaux, gangrène d'origine nerveuse (trophonévrose nécrosique de M. Lancereaux), amputations congénitales (trophonévrose autocopique de M. Lancereaux), acromégalie. Malgré tout notre respect pour la doctrine des troubles trophiques, nous ne pouvons admettre l'assimilation de ces états morbides. L'origine trophique des amputations congénitales ne peut en effet pas se soutenir, au moins comme théorie générale, et il est aujourd'hui démontré surabondamment que l'aïnhum et les amputations congénitales, que l'auteur considère comme identiques, diffèrent essentiellement. Quant à l'acromégalie, il nous semble au moins singulier d'en faire une variété de trophonévrose et de chercher à l'assimiler à des lésions d'origine nerveuse comme les gangrènes névropathiques.

P. Vivent. — Du traitement chirurgical applicable aux angiomes déformants de la face (12 juillet 1894).

L'extirpation est le procédé de choix pour les angiomes de la face. C'est le seul traitement qui mette à l'abri de toute récidive et celui qui laisse la cicatrice la moins apparente. L'électrolyse trouve son application dans les angiomes diffus, très étendus, que le chirurgien ne pourrait prudemment attaquer ; elle peut avoir de réels effets dans les tumeurs vasculaires de très petite étendue ; c'est un traitement à proposer aux sujets craintifs, mais il est long et douloureux.

F. Derrien. — Contribution à l'étude des dermatites exfoliantes (18 juillet 1894).

L'auteur rapporte un fait très remarquable, mais très difficile à interpréter, de dermatite exfoliante développée chez une femme qui avait fait antérieurement des injections vaginales de sublimé (l'observation ne précise pas l'époque où ces injections avaient été pratiquées et l'auteur ne semble pas d'ailleurs leur accorder d'importance étiologique dans son cas, mais ce commératif mérite d'être relevé). L'éruption, précédée d'une angine, de douleurs articulaires multiples, accompagnée d'albuminurie, avait débuté par des taches rouges de dimensions variées et s'était généralisée, accompagnée de fièvre ; elle avait été suivie d'une desquamation généralisée en larges lambeaux, puis avait récidivé au bout de deux mois, encore accompagnée de douleurs articulaires et suivie de desquamation généralisée et avait laissé après elle une pigmentation à peu près généralisée avec infiltration de la peau qui persista et augmenta jusqu'à la mort, survenue cinq mois après la rechute, dans un état de cachexie profonde, avec complications pulmonaires (symphyse pleuro-pulmonaire, congestion chronique du poumon avec œdème et quelques lésions tuberculeuses) ; pas de lésion des capsules surrénales.

A propos de cette observation, l'auteur résume les principaux symptômes des dermatites exfoliantes, groupe qu'il considère comme constitué par la réunion de trois affections voisines : la dermatite scarlatiniforme généralisée récidivante, la dermatite exfoliatrice généralisée, la dermatite maligne exfoliante ; les deux premières ayant entre elles les plus grandes affinités, si on décrivait à part les dermatoses exfoliantes d'origine médicamenteuse, on pourrait peut-être réunir tous les autres faits dans une même description. Il considère comme particulière à la dermatite exfoliatrice la pigmentation souvent très intense qu'on observe dans cette affection, même en l'absence de toute lésion humide, et pense qu'elle est le résultat de troubles profonds du système nerveux.

E. Vaugrente. — Essai du traitement méthodique et rationnel des ulcères des jambes (19 juilllet 1894).

L'auteur passe en revue les causes des ulcères de jambe et la longue série des traitements qui ont été préconisés contre eux.

Il conclut que les ulcères de jambes peuvent être considérés comme des plaies à la fois diathésiques, trophiques et microbiennes, que la syphilis avérée ou méconnue prend avec l'arthritisme la plus grande part dans leur production.

Le traitement idéal doit être simple, efficace, peu coûteux, pouvoir être appliqué par le malade lui-même sans exiger une surveillance constante du chirurgien et ne doit pas exiger un repos absolu. Il doit avoir pour but de modifier le terrain, de déterger la plaie, de favoriser le bourgeonnement et l'épidermisation, de consolider la cicatrice et d'éviter la récidive.

Beaucoup de traitements préconisés sont trop compliqués ou constituent de véritables opérations qui doivent être réservées aux chirurgiens très au courant des interventions chirurgicales.

Le traitement rationnel consiste dans la médication interne par l'iodure de potassium, le traitement local par l'emplâtre de Vigo, le traitement consécutif de la cicatrice par les agents kératogéniques divers. Ce traitement suffit dans la plupart des cas. Dans les cas rebelles ou graves, la méthode des greffes pourra être employée et donner de bons résultats. On pourra employer, comme adjuvant et sur les indications tirées de l'état de l'ulcère et de l'âge des malades, la résection des veines et la détersion par la pulvérisation phéniquée (lymphangite, érysipèle). Il faudra prévenir la récidive par l'emploi de l'un des procédés kératoplastiques suivants : gallates ou acide picrique, insolation ou chaleur rayonnante, ventilation de la cicatrice, et protéger la cicatrice par le port du bas à varices.

L. Lecourt. — Considérations sur l'anthrax et son traitement (19 juillet 1894).

L'auteur rejette l'abstention et les grandes incisions au bistouri ; pour lui, le traitement de l'anthrax consiste surtout dans les pulvérisations phéniquées qui sont excellentes, soulagent immédiatement et évitent l'infection ; seules ou aidées parfois de ponctions au thermocautère, elles amènent toujours une prompte guérison.

E. Tortellier. — Contribution à l'étude du psoriasis (23 juillet 1894).

L'auteur résume les arguments que l'on peut faire valoir en faveur de la théorie parasitaire et de la théorie nerveuse du psoriasis, les deux seules qui actuellement semblent pouvoir se soutenir. Il reproduit une série d'observations déjà publiées ou inédites (une entre autres où le psoriasis fit sa première apparition au cours d'une myélite) qui peuvent être citées à l'appui de la théorie nerveuse. De la critique des faits et des arguments théoriques, il conclut que la théorie nerveuse semble actuellement présenter des probabilités plus grandes et plus sérieuses que la théorie parasitaire.

M. Gauja. — De la kératose pilaire (23 juillet 1894).

L'auteur fait une étude détaillée de cette affection, en utilisant les travaux de M. Brocq et les observations qu'il a recueillies dans le service de ce dernier. Il résume une statistique portant sur 185 sujets de tout âge, chez 41 p. 100 desquels il a constaté l'existence de la kératose pilaire. Il considère cette affection comme déterminée primitivement par une malformation congénitale de la peau ; elle se développe, pendant la vie, sous l'influence de conditions secondaires, au premier rang desquelles se place l'action des agents irritants extérieurs et notamment le frottement répété des vêtements à la surface de la peau : ce mécanisme explique les localisations prédominantes des lésions.

G. Debray. — Contribution à l'étude du zona épidémique et infectieux (13 juillet 1894).

L'auteur rapporte 10 observations de zona recueillies dans l'espace de six semaines, dans une clientèle où on n'en observe habituellement aucun

cas ; l'année précédente, dans la même clientèle, il s'en était produit dix ou onze cas en un mois.

S'appuyant sur ces faits, il soutient l'idée de la nature infectieuse du zona, conformément à la doctrine de M. Landouzy.

A. Guyard. — Étude sur la phthiriase palpébrale (26 juillet 1894).

L'auteur rapporte une série d'observations de phthiriase palpébrale, dont plusieurs recueillies dans le service de M. Jullien.

Il conclut de ses recherches que la phthiriase palpébrale est une affection rare. Le parasite qui la cause est le phthirius inguinalis ; on n'a pas encore rencontré au niveau des cils les autres espèces de poux. Lorsqu'on rencontre le phthirius inguinalis aux paupières, on doit le rechercher dans les autres régions du corps où il se trouve habituellement et surtout aux sourcils. La phthiriase des paupières s'observe plus spécialement chez l'enfant impubère : ne trouvant pas asile au niveau du pubis dépourvu de poils, le phthirius se dirige vers les seules régions recouvertes de poils et particulièrement les cils et les sourcils ; il peut même chez l'enfant se rencontrer dans les cheveux.

La phthiriase des paupières se traduit par du larmoiement, par du prurit surtout vespéral, par l'aspect poussiéreux et sale des cils sur lesquels on peut reconnaître la présence des lentes et des poux, ordinairement par de la rougeur et du gonflement des paupières ; la blépharite est plus intense à la paupière supérieure où les parasites sont aussi en plus grand nombre et l'inflammation peut s'étendre à la conjonctive. On n'a pas encore rencontré de taches bleues sur les paupières.

Le traitement le plus radical de la phthiriase palpébrale est l'extirpation avec une pince, et au besoin en s'aidant de la loupe, des parasites et de leurs lentes, après frictions à l'eau vinaigrée pour détruire l'adhérence de celles-ci aux poils. Simultanément il faut détruire par les moyens connus les parasites qui peuvent coexister sur d'autres régions.

L. Javey. — Des tumeurs malignes des paupières considérées principalement au point de vue de leur traitement (26 juillet 1892).

L'auteur, s'appuyant sur des observations recueillies dans le service de M. Delens, préconise le traitement chirurgical dans les tumeurs malignes des paupières, à moins que les lésions très étendues ne le contre-indiquent. Le traitement médical, sauf le cas d'erreur de diagnostic, ne donne pas de résultats ou donne des résultats qui auraient été obtenus meilleurs et plus rapidement par le traitement opératoire : on peut l'essayer, mais sans y insister longuement.

Parmi les topiques, les antiseptiques peuvent modifier avantageusement les surfaces infectées, hâter leur cicatrisation ; ils peuvent soulager le patient dans les cas où toute intervention opératoire est contre-indiquée ; les applications de pyoktanine, de chlorate de potasse, etc., peuvent servir également, mais tout à fait au début. D'ordinaire, il faut en venir au traitement radical et prompt, l'exérèse. Celle-ci doit dépasser largement les limites du mal ; ses procédés opératoires, dans la description desquels

nous ne pouvons suivre l'auteur, varient suivant les localisations et l'extension des tumeurs. On peut recourir à l'autoplastie immédiate, si on croit être suffisamment sûr d'avoir enlevé le néoplasme dans sa totalité ; sinon il est plus prudent de laisser la cicatrisation se faire sans autoplastie, quitte à pratiquer celle-ci ultérieurement. Le cancroïde des paupières reste d'ordinaire et pendant longtemps, parfois toujours, un néoplasme purement local, respectant l'œil et l'orbite, ce qui légitime la nécessité d'opérations aussi multipliées qu'il le faudra.

H. Daum. — La bactériologie de l'impétigo ; étude critique (27 juillet 1894).

Après une critique parfois acerbe et souvent diffuse des travaux antérieurs sur la bactériologie de l'impétigo, dans laquelle il s'efforce de montrer que les micro-organismes constatés étaient des streptocoques et non des staphylocoques, l'auteur expose les recherches qu'il a faites sous la direction de M. Ch. Leroux.

Comme ce dernier observateur, il a rencontré dans les pustules impétigineuses un micro-organisme spécial qui présente morphologiquement et biologiquement les caractères du streptocoque. Ce micro-organisme existe constamment au début de la maladie dans ses éléments primitifs, la vésicule et la vésico-pustule ; c'est dans les pustules obtenues par inoculation expérimentale qu'on le retrouve le plus facilement à l'état pur. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début des lésions, le streptocoque cède sa place aux divers agents d'infection secondaire, aux staphylocoques surtout. Les cultures pures du streptocoque de l'impétigo provoquent par inoculation sous-épidermique l'élément primitif de l'impétigo, dont le contenu ensemencé dans du bouillon reproduit une culture pure de streptocoque. Les cultures sur milieux solides donnent un microbe moins virulent que les cultures en milieux liquides. L'auteur propose de donner à ce micro-organisme le nom de streptocoque de Ch Leroux, cet observateur l'ayant le premier décrit.

Edmond Guérin. — Contribution à l'étude du traitement du myxœdème (27 juillet 1894).

L'auteur rapporte, un peu sommairement, une nouvelle observation de myxœdème traité par l'ingestion de corps thyroïde en nature. Il reproduit une quarantaine de cas soumis à la modification thyroïdienne et empruntés à divers auteurs. Il conclut de l'examen de ces faits que l'injection hypodermique d'extrait thyroïdien et l'ingestion de la glande crue ou cuite ont une action également efficace et rapide.

REVUE DES LIVRES

Professeur Münch. — **Die Zaraath (Lepra) der hebraischen Bibel.** Cette brochure in-8° fait partie des études dermatologiques publiées chez L. Voss, Hamburg et Leipzig, 1893.

La période préhistorique de l'histoire de la lèpre comprend cette époque de l'antiquité sur laquelle on n'a pas de données médicales certaines touchant la lèpre. On est alors forcé de puiser des renseignements dans les livres saints ou dans les ouvrages des historiens.

C'est dans les œuvres de Cornélius Celse qu'on trouve les indications les plus anciennes sur la lèpre.

Les symptômes morbides décrits par cet auteur sous le nom d'éléphantiasis se rapportent incontestablement à la lèpre. Bien que les premières données sur la lèpre se rencontrent dans Celse, il n'en faut pas conclure que cette affection était inconnue des médecins antérieurs à cet auteur. Peut-être Celse n'avait-il jamais vu cette maladie et ne l'a-t-il décrite que d'après les auteurs grecs et romains. C'est ce que tendraient à prouver les œuvres d'Aurelianus.

Dans les livres hippocratiques on ne trouve rien sur la lèpre. L'expression qui s'y est glissée plus tard tout à fait accidentellement, et qu'on employait dans la traduction des ouvrages médicaux des Arabes comme un terme scientifique de la lèpre, n'a rien de commun avec notre lèpre; en effet, la lèpre dont il est question dans les livres hippocratiques représente une maladie de la peau tantôt tout à fait inoffensive — plutôt une difformité qu'une maladie, — tantôt aussi une affection qui, bien que parfois sérieuse, n'est en général pas mortelle et même curable.

Outre la lèpre hippocratique, l'auteur étudie les termes d'alphos et de leuke qu'on rencontre dans les livres hippocratiques, lesquels, comme la lèpre d'Hippocrate, ne sont pas identiques à notre lèpre actuelle; l'auteur en donne de nombreuses preuves.

Dans le chapitre suivant, Münch cite presque toute la pathologie contenue dans l'Ancien Testament et la nomenclature des maladies qui y sont indiquées. Pour arriver à découvrir les traces les plus anciennes de la lèpre (Aussatz) et du pjes'j il faut principalement observer les formes morbides citées dans la Bible, par conséquent, les affections de la peau mentionnées au chapitre XIII du troisième livre de Moïse.

On s'est depuis longtemps occupé de ce chapitre et en même temps on a cherché la signification du mot zaraath. Laissant de côté tout ce qui se rattache aux discussions philologiques et théologiques, l'auteur s'est borné à résumer les opinions qui se sont produites dans les deux derniers siècles sur ces questions.

On peut classer les opinions des auteurs relativement à la zaraath de la Bible en trois groupes :

1° La lèpre et la zaraath sont des maladies identiques. Parmi les

auteurs qui soutiennent cette opinion il faut citer : Richard Mead, Lorry, Michaelis, Schilling, Hensler et leurs continuateurs ; les auteurs plus modernes, Danielssen et Bœck, Er. Wilson, Tilb. Fox, Milroy, Haeser.

2° Le second groupe est composé d'auteurs (Liveing, Munro, Hirsch) qui admettent que la zaraath comprend non seulement la lèpre, mais encore d'autres maladies de la peau.

3° Troisième groupe : auteurs qui rejettent complètement l'identité de la zaraath et de la lèpre. Huthuis, Dumbar-Walker, Ousealius, Balmano-Squire, Hillary, Binaly, Raymond, Hebra.

L'auteur soumet ensuite à une critique approfondie les opinions des différents auteurs et décrit avec une grande précision les diverses maladies comprises sous la dénomination de la zaraath. Après avoir discuté tous les arguments historiques, géographiques, juridiques et médicaux, Münch arrive à cette conclusion que, notamment dans l'Ancien Testament, on ne trouve aucunes indications directes, mais même aucun indice qu'à l'époque biblique, on connaissait la lèpre (éléphantiasis des Grecs).

Les nombreuses recherches personnelles de l'auteur sur la lèpre dans les différentes régions de la Russie méridionale l'ont convaincu que la maladie indiquée dans la Bible ne correspond pas aux espèces de morphée blanche qu'il a vues, bien qu'il ne soit pas impossible que cette maladie soit semblable aux variétés de morphée qui apparaissent dans les régions plus méridionales, tropicales. Münch s'est rendu ensuite dans le Turkestan pour étudier sur place deux variétés différentes de la lèpre : la lèpre ordinaire et la lèpre blanche. Il existe, en effet, dans ce pays, deux formes morbides, très différentes l'une de l'autre par leurs symptômes, leur marche et leur terminaison. L'une, appelée *machau*, correspond à notre lèpre ordinaire ; l'autre, désignée sous le nom de *pjes'j*, est certainement identique au vitiligo décrit par les auteurs modernes.

De ses observations, l'auteur conclut : 1° que les taches de la morphée blanche ainsi que les lésions bien connues de la lèpre grave défigurante n'ont aucune ressemblance avec la description de la zaraath du Lévitique ; 2° que la pjes'j présente une grande analogie avec la maladie décrite dans la Bible. Si l'on compare d'une part la zaraath et de l'autre la lèpre et la pjes'j, on ne peut plus, selon Münch, contester la complète dissemblance de la marche de la lèpre et de la zaraath et, au contraire, la ressemblance absolue de l'évolution de la zaraath et de la pjes'j.

L'auteur est ainsi arrivé à reconnaître que la zaraath (chez l'homme) comprenait deux formes morbides différentes, à savoir : le vitiligo et l'herpès tonsurant. On voit, en effet, que la pjes'j (vitiligo) est absolument inoffensive, non contagieuse, bien qu'elle puisse être héréditaire. Quant à l'herpès tonsurant, il est probable que, à l'époque biblique, on soupçonnait à peine sa contagiosité.

Mais comment faire accorder les notions contradictoires suivantes sur la zaraath ? Comment aurait-on traité légalement une maladie sans danger en elle-même, comme une affection impure nécessitant l'exclusion hors de la société de celui qui en était atteint, tandis qu'une mesure aussi grave n'est appliquée dans les temps modernes qu'à des maladies contagieuses très dangereuses.

Qu'est-ce que la Bible entendait par maladie impure, et notamment ce caractère morbide correspond-il à la conception actuelle d'une maladie impure (c'est-à-dire contagieuse, dangereuse pour la société) ? Presque tous les auteurs qui ont traité de la zaraath répondent affirmativement. Et de ce que plus tard on n'isolait que les malades regardés comme contagieux, on en a conclu que la zaraath devait être contagieuse, puisque Moïse avait ordonné d'isoler ceux atteints de cette affection.

Quelques auteurs ont essayé d'appuyer cette conclusion par des preuves tirées des textes mêmes de la Bible. Münch montre, par quelques citations, de quelle nature sont ces preuves. On peut en déduire trois conclusions principales :

La zaraath était une maladie de la peau qui n'était pas spéciale aux Israëlites.

Dans la Mischna, cette affection n'est nullement regardée comme contagieuse.

Les prescriptions légales sur la zaraath se rapportaient uniquement aux Israëlites qui professaient la loi mosaïque.

Mais on ne saurait résoudre la contradiction ci-dessus en se plaçant à notre point de vue actuel, aussi l'auteur se rallie-t-il à l'opinion de Sommer. L'antiquité doit s'expliquer par elle-même, il doit en être de même pour l'époque biblique.

Cet ouvrage, dont la lecture est des plus instructives, contient deux remarquables photographies. A. Doyon.

Professeur Neisser. — **Stereoscopischer medicinischer atlas.** — 1re livraison, petit in-4°. Fischer, Cassel, 1894. Prix 4 marks.

Plus que jamais l'enseignement par les yeux, la leçon de choses, est en honneur. Ce ne sont pas les atlas qui manquent en médecine, mais, ou bien ils sont défectueux n'étant que des dessins plus ou moins exacts, interprétation par l'artiste de la chose vue ; ou bien quand ils réunissent les qualités désirables d'exactitude et de rendu ils sont d'un prix fort élevé. De plus toutes ces représentations ne donnent qu'une image plate sans relief : on conçoit dès lors le succès légitime des moulages, surtout pour la dermatologie ; mais ceux-ci aussi coûtent cher. Il y a longtemps que nous avons entendu notre regretté maître M. Lailler exprimer le désir de conserver dans le musée de Saint-Louis une collection de photographies stéréoscopiques donnant le relief des choses représentées et suppléant ainsi un peu aux moulages, et nous possédons quelques essais faits par lui dans cette voie. Cette idée a été reprise par le professeur Neisser, mais il ne s'est pas contenté de faire une collection pour les besoins de son enseignement, il a voulu diffuser partout ce mode très précieux de reproduction, et il vient de commencer la publication d'un petit atlas dont les planches seront autant de phototypies stéréoscopiques qu'il suffira de mettre dans un appareil à vision binoculaire, pour avoir sous les yeux des types pris sur nature et avec relief des principaux types morbides.

Les reproductions ne seront pas seulement des cas dermato-syphiligraphiques, mais encore des pièces d'anatomie pathologique.

Le premier fascicule qui contient XII planches est presque entièrement consacré cependant aux malades de la peau et syphilitiques. Les épreuves sont excellentes et font bien augurer de la suite de l'ouvrage destiné à rendre les plus grands services aux médecins et aux étudiants et d'un prix très abordable.

L'idée en tout cas est originale et mérite approbation. Ajoutons que chaque phototypie est accompagnée d'une notice succincte relative à l'histoire de la maladie représentée. H. F.

J. Goldschmidt. — **La lèpre. Observations et expériences personnelles.** In-8° Paris, Société d'éditions scientifiques, 1894.

Ayant pu étudier la lèpre dans l'île Madère pendant 26 années, M. Goldschmidt nous fait part en quelques pages très bien présentées de ses opinions touchant cette maladie et des essais thérapeutiques qu'il a dirigés contre elle. La lèpre paraît avoir été importée à l'île Madère il y a plus de quatre siècles ; la maladie s'est conservée avec ses caractères essentiels. Cependant elle a beaucoup diminué dans la seconde moitié du siècle ; de 1840 à 1861, la moyenne annuelle de cas nouveaux fut de 24 environ; ces chiffres sont bien abaissés. On estime qu'il y a à Madère 70 lépreux, soit 6 cas par 10,000 habitants. On peut facilement constater que la maladie persiste et augmente avec la misère et la malpropreté, qu'elle décroît et disparaît avec le développement du confort et des bonnes conditions hygiéniques. Chose remarquable, plus l'altitude s'élève, plus le nombre des cas devient fréquent. Les conditions alimentaires ne paraissent jouer aucun rôle sérieux; l'ichtyophagie notamment n'a aucune influence appréciable à Madère ; la population est en général sobre ; l'alcoolisme est presque inconnu dans les campagnes. M. Goldschmidt, nettement contagionniste, donne à la contagion le rôle prépondérant dans l'étiologie de la maladie; c'est, comme pour la tuberculose d'ailleurs, bien plutôt à la contagion qu'à l'hérédité vraie qu'il faut rapporter les cas de lèpre observés dans la même famille sur les parents et sur les enfants.

Il cite un cas extraordinaire d'une jeune fille lépreuse chez laquelle la maladie apparut à l'âge de 6 ans et qui avait été allaitée quatre jours seulement par une nourrice lépreuse; un contact de quatre jours avait suffi pour implanter le virus qui resta latent pendant six ans. La lèpre se déclare le plus souvent au bas âge, mais n'atteint tout son développement qu'à l'époque de la puberté; le sexe masculin est plus fréquemment atteint que l'autre; la maladie est éminement chronique et ne devient jamais aiguë. Des 224 cas observés, 189 sont morts dans la léproserie où ils ont fait un séjour d'une durée moyenne de cinq ans. L'auteur s'étend ensuite sur les mesures d'hygiène publique qu'il croit propres à enrayer la lèpre et à la faire disparaître tout à fait. De ses nombreux essais thérapeutiques, l'auteur vante pour en avoir retiré de bons résultats l'huile d'europhène.

Europhène.................................. 0,50 centigr.
Huile d'amandes douces..................... 10 gr.
Filtrer, stériliser pendant 24 heures.

Il fait des injections sous-cutanées de 1 centim. cube de cette solution,

l'injection est faite tous les jours ou tous les deux jours et le traitement longtemps continué. Cet intéressant travail se termine par la relation des cas traités de cette façon et la reproduction photographique de quelques types de lépreux. H. F.

Medico chirurgical transactions, published by *The Royal medical and chirurgical Society of London*, t. LXXVI, année 1893.

Ce volume contient sur la médecine spéciale un mémoire de M. Walter Rivington sur les fractures des os longs en rapport avec le tabes. Dans deux des observations rapportées les malades étaient syphilitiques, mais l'auteur ne saurait dire si la syphilis a joué quelque rôle dans la production de la fracture. La fracture des os chez les syphilitiques est habituellement due à une gomme; l'auteur a vu un cas de fracture de l'humérus droit rapportable à une gomme. H. F.

Annales de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucarest, IIe année 1890. Un vol gr. in-4°. Bucarest, 1893.

Ce très beau volume, publié à la fois en roumain et en français, contient treize mémoires, la plupart dus au professeur Babes et dont quelques-uns ont déjà paru ailleurs; mais présentés ainsi ensemble ils témoignent du travail considérable déployé par l'éminent professeur et de la vitalité de l'Institut qu'il dirige avec tant de compétence. Nous signalerons parmi ces mémoires, comme ayant trait à nos études spéciales, trois études *sur la morve* et notamment deux observations d'ulcères de la peau d'origine morveuse; une autre *sur les résultats obtenus par les injections avec la lymphe de Koch dans les différentes formes de la lèpre;* et une autre encore *sur une forme particulière de pemphigus malin*, avec une planche. Dans ces derniers faits l'auteur attribue la gravité toute particulière du pemphigus à la présence dans les bulles de streptocoques particuliers, du *streptococcus giganteus.* Les éruptions bulleuses étaient cependant, de par leur disposition symétrique, bien sous la dépendance de troubles du système nerveux; ainsi de pareils cas font-ils entrevoir un certain rapport causal entre les troubles trophonévrotiques et l'infection. H. F.

H. de Brun. — **Maladies des pays chauds (Maladies de l'appareil digestif, des lymphatiques et de la peau).** Un vol petit in-8° de l'*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*, Paris, Masson.

Ce volume fait suite à un premier volume dans lequel l'auteur a étudié les maladies climatériques et infectieuses. Celui-ci intéressera tout particulièrement les dermatologistes, M. de Brun ayant consacré plus de la moitié de son livre aux maladies cutanées qu'on observe dans les pays chauds. Après avoir décrit les lymphangites aiguës et chroniques qui donnent naissance aux œdèmes éléphantiaques, si communs par exemple au Brésil, puis l'évolution de la filariose et de la bilharzia, il étudie les maladies de la peau proprement dites, *bouton d'Alep, pian* ou *frambœsia* qui s'observe exclusivement chez les nègres et est plutôt une sorte de fièvre

éruptive qu'une vraie dermatose, la *verruga* ou bouton des Andes qu'on observe seulement dans une petite partie du Pérou, dans la montagne; les herpès tropicaux, c'est-à-dire le *ringworm tropical*, qui n'est autre qu'une éruption trichophytique ayant pris un développement considérable, et *l'herpès imbriqué* qui doit être distingué du précédent, remarquable surtout par la desquamation; enfin le *pied de madura*, la *pinta*, *l'eczéma tropical*, *l'aïnhum*, maladies sur la plupart desquelles les notions sont encore un peu incomplètes et dont on trouvera dans l'excellent petit résumé de M. de Brun un exposé clair et exact. H. F.

G. Lyon. — **Traité élémentaire de clinique thérapeutique.** In-8°, 970 pages, Paris, Masson, 1894.

Cet excellent ouvrage est destiné à rendre les plus grands services aux médecins praticiens, qui y trouveront présentées de la façon la plus claire et la plus méthodique les indications thérapeutiques en présence desquelles ils se trouvent chaque jour.

Les traitements indiqués sont bien raisonnés et judicieusement choisis, et si nous jugeons de l'ouvrage entier par les chapitres très détaillés (60 pages sur 970) que l'auteur a consacrés à la syphilis, à la blennorrhagie et au chancre simple, nous ne pouvons que lui décerner les plus vifs éloges. Nous citerons aussi le chapitre consacré aux troubles dyspeptiques de l'estomac et à leur traitement, traité avec une compétence toute particulière, et dans lequel les dermatologistes, qui ont si souvent à se préoccuper dans l'étiologie de bon nombre de dermatoses des altérations gastriques, trouveront tous les renseignements désirables. H. F.

A. Giletti. — **Cheratodermite simmetrica palmare e plantare da trofoneurosi.** Brochure in-4° de 8 pages. Turin, 1894.

Giletti rapporte l'observation d'un homme de 25 ans, présentant sur la face palmaire des deux mains et des doigts, de très nombreuses saillies punctiformes et miliaires ou papuloïdes isolées ou réunies en plaques, de coloration jaunâtre, saillantes, de un demi à 1 millimètre, de consistance cornée, donnant la sensation d'une râpe. La paume de la main est en outre le siège d'un épaississement corné diffus et général, de coloration jaunâtre pâle; les plis palmaires sont exagérés, de coloration rosée, plus accusés qu'à l'état normal; les ongles sont un peu incurvés; la face plantaire du pied est le siège de lésions analogues à celles de la paume des mains, mais plus consistantes et de coloration plus accusée. Pas de troubles de la sensibilité. Les lésions cutanées se sont produites à la suite d'une éruption érythémateuse d'apparence urticarienne occupant la paume des deux mains et survenue peu après une fièvre typhoïde grave, il y a trois ans; des lésions érythémateuses analogues étant survenues à la plante des pieds, le malade a été soumis, pendant plus de deux ans, au traitement arsenical (liqueur de Fowler).

L'examen histologique a montré un développement considérable de la couche cornée de l'épiderme, sans agglomération épidermique au niveau

de l'orifice des conduits sudoripares, pas d'augmentation d'épaisseur de la couche cornée.

L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse de la kératose arsenicale d'Hutchinson, parce qu'il n'y avait pas d'ombilication correspondante à l'embouchure des glandes sudoripares et que les lésions ont persisté malgré la suspension du traitement arsenical, raisons qui nous semblent insuffisamment probantes, et il conclut qu'il s'agit d'une éruption trophoneurotique.

Les caractères cliniques, l'affection et les lésions histologiques sont figurés dans trois belles planches chromolithographiques.

GEORGES THIBIERGE.

E. ROLLET. — **La syphilis des nourrissons et des nourrices au point de vue médico-légal.** In-8°, 26 pages. Lyon-Paris. Storck et Masson.

Cette brochure fait partie de la collection des *Documents de criminologie et de médecine légale* publiés sous la direction du professeur Lacassagne, de la Faculté de Lyon. Elle a été écrite dans le but de faciliter à l'expert commis pour constater la provenance d'une syphilis chez un nourrisson ou une nourrice, une tâche souvent fort délicate. M. Rollet a successivement envisagé les différentes situations qui se peuvent rencontrer ; et après avoir résumé un tableau des lésions que peuvent présenter l'enfant ou la nourrice, il indique de quelle façon doit se faire la confrontation, et donne au médecin-expert la marche à suivre pour rétablir la chronologie des accidents présentés et départir les responsabilités. C'est permettre ainsi, même à un médecin peu versé dans la syphiligraphie, de rédiger un rapport médico-légal dont les conclusions auront de la valeur.

H. F.

Travaux et compte rendu de la clinique de dermato-syphiligraphie de la Faculté de médecine de Toulouse. Fascicule I. Année 1892-1893, in-8°, Paris, Steinheil 1893.

A l'instar de ce qui se fait dans beaucoup de cliniques universitaires, notamment en Italie, notre collègue, M. Audry, chargé comme on sait de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie à la Faculté de médecine de Toulouse, a voulu présenter l'ensemble des travaux faits par lui-même et ses collaborateurs pendant les deux premières années de son enseignement. La brochure débute par la statistique raisonnée des cas observés et traités à la clinique, puis reproduit divers travaux de M. Audry ou de ses élèves parus la plupart dans des journaux locaux souvent difficiles à se procurer et que l'on saura gré à M. Audry d'avoir réunis dans son fascicule. Il témoigne de l'activité productive de cette nouvelle école de dermatologie et de l'excellente direction qu'a su lui imprimer celui qu'un choix heureux a placé à sa tête. H. F.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LE TISSU ÉLASTIQUE
DE
QUELQUES MUQUEUSES NORMALES ET PATHOLOGIQUES
(JOUE, URÈTHRE, ETC.)

Par le Dr **Ch. Audry** (de Toulouse)
Chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie.

Pendant ces toutes dernières années, le tissu élastique, et en particulier celui de la peau a été très étudié. L'acquisition du réactif de Tänzer, l'orcéine, a beaucoup contribué au progrès de la question. Je n'ai pu que constater ce qui avait été déjà vu par d'autres observateurs : que les inflammations, les dégénérescences, les néoplasies épithéliales, etc., s'accompagnaient de la destruction du réseau élastique sous-cutané.

Mais, en général, on a été jusqu'ici à peu près muet sur le tissu élastique des muqueuses. Zenthœfer se borne à dire qu'il est beaucoup plus maigre que celui de la peau (1). Voici brièvement rapportées quelques observations relatives au tissu élastique de la muqueuse buccale et de la muqueuse uréthrale ; il était intéressant de comparer ce qui se passe sous des épithéliums aussi différents. Du reste, on ne s'étonnera pas de voir les réactions pathologiques du tissu élastique des sous-muqueuses semblables à celles qu'il présente partout ailleurs ; mais il est toujours bon de s'en assurer (2).

Muqueuse buccale. — Les pièces examinées me furent remises par M. le professeur Jeannel : il s'agissait d'un épithélioma très étendu de la lèvre inférieure, qui avait été largement excisé. Nous y pûmes prendre connaissance du tissu élastique d'une muqueuse malpighienne normale — enflammée — et épithéliomateuse. Le néoplasme était un épithélioma

(1) Cela n'est pas exact : le réseau élastique de la partie malpighienne de la muqueuse nasale, et de celle du voile du palais, est au moins aussi robuste que le réseau de la peau en général. Le plexus élastique sous-épithélial de Unna manque complètement sous la muqueuse linguale, etc.

(2) Cf. Sur le tissu élastique et ses altérations : *Topographie des elastischen Gewebes*, von L. ZENTHŒFER : *Dermatologischen Studien* (UNNA) 1892. — *Schwund und Regeneration des elastischen gewebes der Haut*, von KURT PASSARGE ; — et RUD. KROSING, même indic., 1894. — KROMAYER : *Monatshefte f. pr. Der.*, 1894.

à évolution kératoïde, cornée, de structure classique, et sur lequel nous n'avons pas à insister.

Muqueuse normale. — Dans les couches profondes, hypodermiques, nous trouvons (sur des pièces incluses dans la paraffine, colorées par les divers réactifs, et en particulier par l'orcéine acide suivant la formule de Mibelli), nous trouvons, dis-je, les gros faisceaux de fibres élastiques qui engainent les muscles, les artères, et à un bien moindre degré les veines. Ils forment aussi une étroite capsule autour des glandes de la lèvre; il est extrêmement rare qu'on les voie entre les acini; mais il en existe au pourtour du canal excréteur en assez grande abondance, et elles lui forment comme un anneau épais, situé à peu près immédiatement au-dessous de l'épithélium dont elles sont séparées par quelques cellules conjonctives. Les fibres élastiques deviennent de moins en moins nombreuses, de plus en plus grêles à mesure qu'on se rapproche de la couche épithéliale de la muqueuse. Il n'est guère possible de leur découvrir d'autre orientation que la situation générale des faisceaux conjonctifs. Les derniers grands faisceaux élastiques s'arrêtent un peu au-dessous de la ligne des papilles. Dans celles-ci, ils envoient un assez grand nombre de rameaux très fins, très délicats, relativement peu ondulés, qui vont s'arrêter juste au niveau de la vitrée sur laquelle ils finissent; ces rameaux s'anastomosent peu, sont souvent vaguement parallèles. On les retrouve surtout à la périphérie de la papille, et ils manquent dans la zone axiale périvasculaire. Ils sont en somme assez comparables à ceux de la peau, mais plus grêles, plus délicats, moins abondants.

Muqueuse enflammée. — Sur les coupes examinées, et où l'on retrouve de l'inflammation, celle-ci se manifeste seulement par une infiltration embryonnaire assez modérée, restreinte aux papilles, aux couches immédiatement sus-jacentes au réseau vasculaire superficiel.

A ce niveau, le réseau élastique se termine par un ensemble de fibres plus ou moins riches dirigées transversalement au-dessous des papilles. Dans ces dernières, là où il existe de l'infiltration embryonnaire, les fibres élastiques ont complètement disparu, ou bien elles sont réduites à un lacis très faible de minces cloisons serpentant entre les cellules rondes.

Muqueuse néoplasique. — Nulle part, les fibres élastiques ne pénètrent dans une masse épithéliale quelconque; elles affectent souvent avec les lobules du néoplasme des rapports extrêmement étroits, et entrent en contact avec lui; c'est même la persistance obstinée des fibres élastiques qui permet le mieux de se rendre compte de la complexité des invaginations de la tumeur : on peut ainsi dissocier ces invaginations multiples des nappes étendues d'épithélioma qui sont encore cloisonnées par des traînées élastiques sur lesquelles les couches cellulaires marginales, génératrices du tissu néoplasique semblent s'insérer, ou plutôt s'adosser. Ces fibres élastiques sont souvent robustes, peu ondulées : elles paraissent dans la suite être étouffées par l'expansion des évaginations épithéliales; celles-ci nées isolément, croissent en fusées dans le tissu conjonctif, elles s'y dilatent en proliférant, étouffent toute trace de tissu autre que les fibres élastiques, puis ces dernières mêmes, et finissent par former par coalescence les nappes d'épithélium dégénéré.

Ainsi les fibres élastiques sont de tous les éléments des tissus, et en particulier du tissu conjonctif, ceux qui offrent la plus grande résistance aux éléments épithéliomateux; elles ne sont pas dérobées par eux ainsi que cela semble s'observer au cours des infiltrations inflammatoires, même juxta-néoplasiques; mais elles disparaissent comme si elles étaient étouffées, sans qu'on puisse saisir exactement le mécanisme immédiat de leur disparition : il est très probable qu'il s'agit ici d'un processus d'atrophie et non pas d'un processus de résorption par les cellules ambiantes.

Dans tous ces cas, le tissu élastique de la muqueuse a réagi comme celui du tégument cutané observé dans les mêmes conditions.

Il était intéressant de voir comment se comporte le tissu élastique de muqueuses très différentes du type ectodermique. Voici le résultat des recherches qui ont porté sur l'urèthre (pénis). Nous avons examiné le tissu élastique d'un urèthre fœtal, d'un urèthre d'adulte, l'un et l'autre normaux; — d'un urèthre atteint d'inflammation chronique.

Urèthre fœtal. — Sur des coupes totales du pénis d'un fœtus de six mois inclus dans la paraffine et coloré par divers réactifs, parmi lesquels l'orcéine, il ne nous a été possible de découvrir aucune trace de tissu élastique.

Ce fait concorde avec ce que l'on sait du développement du tissu élastique de la peau.

Urèthre normal d'adulte. — On avait injecté de l'alcool dans l'urèthre aussitôt après la mort. Le canal enlevé inclus dans la paraffine fut coupé et coloré comme il a été dit.

L'épithélium assez mal fixé, mais non desquamé, est normal; il n'existe aucune trace histologique d'une lésion quelconque.

Sur les préparations, il est facile de constater l'énorme développement des fibres élastiques dans le corps spongieux; elles y sont disposées autour des fibres musculaires qu'elles entourent d'une forte gaine, des artérioles, des lacunes vasculaires, et entrent pour une part considérable dans la constitution du tissu conjonctif. A mesure qu'on se rapproche du canal même, on voit les fibres élastiques plus grêles, cesser de s'ordonner par rapport aux muscles, aux vaisseaux, et devenir sensiblement parallèles entre elles. En fin de compte, elles arrivent à former presque immédiatement au-dessous de la muqueuse un anneau élastique continu, à peu près perpendiculaire à l'axe du canal. Cet anneau émet concentriquement de fins et courts prolongements qui vont se mettre en contact avec l'épithélioma où ils ne pénètrent jamais et dont ils sont constamment séparés par la vitrée à laquelle ils semblent s'insérer. Je rappelle que l'épithélioma normal de l'urèthre ne présente aucune disposition papillaire : on saisit donc facilement la disposition régulière de cet anneau élastique

continu, circulaire, envoyant vers l'épithélioma de fines et courtes innervations concentriques.

Urèthre enflammé. — J'ai examiné l'urèthre d'un homme dont j'avais amputé la verge pour un épithélioma du sinus balano-préputial. Cet homme avait eu la chaudepisse deux ans auparavant.

La pièce assez bien fixée fut durcie par la gomme et colorée par plusieurs réactifs, dont le picro-carmin de Ranvier et l'orcéine.

L'épithélium présente les lésions bien connues et bien caractérisées de l'uréthrite chronique ; en certains points, il est normal, bien conservé, avec toute son épaisseur et son plan superficiel cylindrique ; ailleurs, les plans superficiels sont formés de cellules aplaties, se rapprochant sensiblement du type pavimenteux, sans aller du reste jusqu'à la transformation épidermoïdale complète. Je n'insiste pas sur ces altérations bien connues et décrites par un grand nombre d'observateurs (1) sous le nom d'altération de Nielssen (Nielssen, Baraban, etc.).

Sans être devenu réellement papillaire, l'épithélium est comme festonné par des relèvements du tissu sous-épithélial.

Ce dernier est complètement formé par une infiltration à peu près régulière et continue des petites cellules rondes de l'inflammation ordinaire, disposées sur cinq ou six rangs au moins.

A ce niveau correspond précisément la zone occupée par l'anneau élastique de l'urèthre normal. Or, *le tissu élastique y a complètement disparu ;* à peine note-t-on quelques traces de fibres amincies, morcelées, qui semblent représenter des cloisons entre les éléments embryonnaires.

Nulle trace de sténose ou de fibrose.

A une certaine distance de l'épithélium, l'infiltration circulaire péri-uréthrale disparaît assez brusquement, et l'on voit reparaître les muscles, les artérioles, les lacunes du corps spongieux normal avec leur riche réseau élastique.

Ainsi l'inflammation exerce sur le tissu élastique de la muqueuse uréthrale la même action que sur celui des muqueuses malpighiennes et de la peau. On sait depuis longtemps que les lésions graves de l'urèthre s'accompagnent de détériorations irréparables du tissu élastique ; on voit qu'il suffit pour le détruire d'une inflammation en apparence sans gravité (2).

(1) Cf. en particulier Hallé et Wassermann qui indiquent l'état du tissu élastique mieux que les autres auteurs. *Annales des mal. génito-urinaires*, 1891 et suivantes.

(2) J'ajoute que le tissu élastique manquait complétement sur des coupes de polype de la vraie corde du larynx ; enfin, sur la muqueuse des petites lèvres d'une vieille femme, l'orcéine acide ne colore plus que quelques débris grêles : il est permis de croire que l'élastine sous-muqueuse participe au processus de dégénérescence qui frappe la peau sénile.

LE BACILLE DANS LA LÈPRE SYSTÉMATISÉE NERVEUSE

Par le Dr **Pétrini** (de Galatz)
Médecin en chef de l'hôpital Caltzea de Bucarest,
Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, etc.

I

Dans ces derniers temps le diagnostic de la lèpre systématisée nerveuse a préoccupé un grand nombre d'auteurs et cela surtout depuis que l'on connaît peut-être mieux la syringomélie et que l'on a décrit la maladie de Morvan avec lesquelles on a souvent à discuter le diagnostic.

Zambaco est un de ceux qui ont cherché le plus à prouver que nombre de cas de syringomyélie ou de maladie de Morvan ne sont que des cas de lèpre nerveuse mutilante. On doit savoir gré à ce savant auteur, ainsi qu'à Leloir, qui ont fait des sacrifices dans le but d'enrichir la science sur ce point.

Aussi Zambaco, tant dans ses nombreux voyages en Orient (1) que dans ceux qu'il a faits dernièrement en Bretagne (France), est arrivé à découvrir des cas de lèpre mutilante qui avaient passé inaperçus ou qui avaient été pris pour les maladies ci-dessus mentionnées.

Dans la *Semaine médicale* (2), voici ce que dit l'auteur : « Après mes longues recherches et mes nombreux voyages en Orient, j'ai voulu me rendre à Lannilis pour examiner les malades du Dr Morvan lui-même. J'ai cherché par la même occasion la lèpre dans diverses parties de la Bretagne avec le concours de plusieurs confrères de la Marine résidant à Brest et qui connaissent la lèpre pour l'avoir étudiée dans les colonies. Cette enquête nous a convaincus de la survivance de la lèpre dans l'Armorique et de l'identité de la maladie de Morvan avec la lèpre mutilante. »

Bien plus encore, dans ce travail ce très savant auteur dit que la sclérodermie et la sclérodactylie lui paraissent devoir être considérées aussi comme des cas de lèpre mutilante.

Dans les figures qui accompagnent cet article nous voyons en effet des altérations des doigts qui nous paraissent aussi pouvoir être rapportées à la maladie qui nous occupe (3).

Mais la maladie avec laquelle cette forme de lèpre était le plus con-

(1) Zambaco. *Voyages chez les lépreux*, 1891.
(2) *La Semaine médicale*, 10 juin 1893, n° 37, p. 289.
(3) Voir pour plus de détails. *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, n° 8, année 1893.

fondue, c'est la syringomyélie. Nous devons par conséquent chercher les moyens par lesquels on puisse arriver à différencier ces deux maladies entre elles. On a donné comme caractères appartenant à la lèpre, l'abolition de la sensibilité tactile, l'atrophie, l'épaississement des nerfs avec le renflement nodulaire, la présence des taches sur le corps, surtout si celles-ci sont insensibles, et la parésie des muscles superficiels de la face, les altérations trophiques des phalanges, des ongles et la chute complète ou incomplète des sourcils, des cils. Tandis qu'on doit admettre la syringomyélie, quand on constatera chez le malade d'abord la dissociation des troubles sensitifs, l'intégrité du système phanérophore, comme aussi, chose bien plus importante, l'intégrité des muscles superficiels de la face, l'absence des taches sur la peau et enfin la déviation de la colonne vertébrale. Mais aujourd'hui on n'est pas si absolu dans l'appréciation de ces signes cliniques et on a trouvé que la dissociation de la sensibilité n'est pas un apanage de la syringomyélie, qu'on peut la rencontrer aussi dans la lèpre nerveuse. C'est ce que nous avons constaté aussi dans un cas. De même la tuméfaction fusiforme des nerfs, même nodulaire, n'appartient pas seulement à la lèpre. D'autres fois on rencontre des cas de mélanodermie qui simulent à s'y méprendre la forme maculeuse de la lèpre. Gaucher, en 1893, a présenté à la Société de dermatologie de Paris un cas de mélanodermie chez une femme âgée de 24 ans, simulant complètement la lèpre maculeuse ; mais la sensibilité tactile et la douleur étaient conservées. Dans la discussion qui a suivi la présentation de cette malade, le professeur Fournier et E. Besnier ont considéré le cas comme de l'érythème tertiaire, tandis que Zambaco a dit que si la malade était à Constantinople on diagnostiquerait une lèpre.

Puisque de grands cliniciens sont souvent embarrassés pour établir le diagnostic vrai entre la lèpre et la syringomyélie comme aussi avec certaines mélanodermies, nous devons chercher de notre côté des moyens pour mieux résoudre cette question.

Ces moyens consistent, d'après nous, dans la recherche du bacille lépreux.

On sait en effet que Hansen a découvert dans cette maladie un agent pathogène, un bacille qui a beaucoup de ressemblance avec le bacille de la tuberculose. On sait de même que ce bacille a été ensuite mieux étudié par le professeur Neisser de Breslau. Par conséquent la recherche de ce bacille, sa mise en évidence, s'impose quand on veut établir un diagnostic exact, et cela se comprend surtout pour la lèpre nerveuse pour les motifs que nous venons d'invoquer. Alors que ce bacille est en grande abondance dans les lépromes de la lèpre dite tuberculeuse, que je préférerais nommer lépromateuse, ce bacille n'a été constaté relativement en grand nombre que dans les nerfs, principalement dans les nerfs cubitaux; et tout dernièrement dans les

taches et macules de cette maladie par le très regretté Quinquaud de Paris (1).

Nous devons rappeler que c'est Leloir (2) qui a donné le nom de lèpre systématisée nerveuse, et voici comment il s'exprime dans son incomparable œuvre, à la page 9, en définissant la lèpre : « Lorsque le lèprome se localise surtout dans les nerfs on a la forme anesthésique ou trophoneurotique, que l'on pourrait appeler lèpre systématisée nerveuse. La systématisation étant rarement absolue, complète, il en résulte que les différentes formes existent rarement à l'état pur pendant toute la durée de leur évolution tout au moins. Leurs localisations, leurs lésions et surtout leurs symptômes se combinent le plus souvent au bout d'un temps plus ou moins long. C'est ce qui constitue la forme dite mixte. Ces formes mixtes représentent le type complet de la lèpre. »

Par conséquent, selon cet illustre collègue, une lèpre n'est complète que lorsqu'elle est mixte. Pourtant, à la page 179, il dit : « J'ai vu des sujets atteints de lèpre systématisée nerveuse depuis 20 ans, 25, 30, 44 ans. »

C'est pourquoi je ne comprends pas pourquoi l'auteur n'admet pas dans ce dernier cas une lèpre complète. Je veux dire, en me basant aussi sur ses observations et sur deux de mes malades, que j'ai maintenant dans le service, qu'on doit admettre une lèpre systématisée nerveuse complète, pure, lorsqu'au bout de tant d'années elle reste telle. C'est dans cette catégorie qu'entrent les cas de mon service auxquels je fais allusion. Pour mettre le bacille en évidence dans cette forme de lèpre, on a recours à divers procédés.

Pitres dans une communication faite à l'Académie de médecine de Paris, le 29 novembre 1892, à propos d'un cas considéré par d'autres médecins comme une syringomélie, est allé jusqu'à sectionner un fragment du nerf musculo-cutané sur le bord du radius et, dit-il, c'est en trouvant le bacille, qu'il a diagnostiqué la lèpre. Par la même occasion il dit qu'il n'a pas trouvé le bacille dans le pus pris des ulcérations trophiques, ni dans le sang, ni dans le liquide des vésicatoires où les résultats sont incertains. En terminant, l'auteur dit qu'on ne doit faire le diagnostic qu'en cherchant le bacille dans le léprome lorsqu'il existe, et dans les nerfs sur les parties anesthésiées dans le cas contraire.

Nous verrons qu'il y a des procédés plus pratiques pour mettre ce bacille en évidence sans aller sectionner les nerfs.

(1) *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1890 p. 131.

(2) Leloir. *Traité pratique théorique de la lèpre*, Paris, 1886.

II

Le bacille de la lèpre dans le sang.

La présence en grand nombre de cet agent pathogène dans le sang des lépromes est bien connue; il suffit pour s'en assurer de faire une petite incision à travers un léprome après l'avoir mis en état d'antisepsie, de recevoir le sang qui s'en écoule sur une lamelle et de colorer celle-ci par le procédé d'Ehrlich. Il n'en est pas de même lorsqu'on veut chercher ce bacille dans le sang de la circulation générale, de la pulpe du doigt par exemple, lorsque le malade a la lèpre léonine. Dans ce dernier cas la recherche du bacille est très difficile; la plupart des auteurs ont nié même son existence. Cependant Köbner depuis longtemps déjà a signalé la présence de ces bacilles dans le protoplasma des leucocytes du sang, et même libre dans le sérum sanguin.

Hansen, qui n'a pas trouvé le bacille dans le sang, a ensemencé ce liquide et constaté les bacilles dans les cultures faites. D'un autre côté, Leloir (1) dit avoir vu, quoique très rarement, des bacilles dans l'intérieur des vaisseaux sanguins. De même la recherche du bacille dans le sang de la circulation loin des lépromes, a permis à Leloir dans un cas de trouver trois bacilles sur vingt préparations. C'était, dit l'auteur, un cas de lèpre avec beaucoup de lépromes cutanés. La même recherche dans quatre autres cas a été tout à fait infructueuse à ce point de vue.

Nous sommes tout à fait d'accord avec Leloir et d'autres auteurs qui admettent, quoique en très petit nombre, la présence des bacilles même dans le sang de la circulation générale, seulement il faut examiner un grand nombre de préparations pour trouver quelques bacilles. Ainsi dans nos recherches sur de nombreuses préparations, nous avons trouvé dans le sang pris de la pulpe du doigt deux ou trois bacilles par préparation et un grand nombre de leucocytes. Ce résultat, nous ne l'avons pas seulement obtenu chez les lépreux à lépromes tégumentaires, mais aussi dans deux cas de lèpre nerveuse. Par conséquent nous pouvons dire que, quoique très rarement, on peut cependant rencontrer ce bacille dans le sang de la grande circulation; ainsi s'explique peut-être l'envahissement de l'organisme par cet agent pathogène. Ce bacille fuit donc le sang pour aller pulluler dans les milieux plus tranquilles où il peut mieux se multiplier. Pourquoi cela? On l'ignore; peut-être la température de ce liquide ou bien le mouvement de la circulation le font sortir de ce milieu. C'est pourquoi par surprise, par hasard on peut l'obtenir dans les préparations. On

1) *Loco citato*, p. 234.

verra plus loin que ces bacilles sont nombreux dans les infiltrats qui entourent les vaisseaux du derme.

Le bacille dans la sérosité des vésicatoires et des bulles.

Nous n'avons pas examiné un grand nombre de préparations de sérosité de léprides bulleuses pour nous assurer s'il existe ou non des bacilles dans cette sérosité. A ce propos Leloir (1), parlant de la présence dans deux cas de bacilles dans les vésico-pustules formées à la surface du tubercule lépreux, dit : « A ce propos je remarquerai que la présence des bacilles dans la sérosité des pemphigus lépreux, signalée par F. Müller ne me paraît pas prouver qu'il existe des bacilles dans le pemphigus de la lèpre systématisée nerveuse pure, car le lépreux de Müller était atteint de lèpre systématisée nerveuse devenue tuberculeuse. »

Par conséquent Leloir, alors qu'il admet l'existence de ce bacille dans les bulles d'une lèpre mixte, ne l'admet pas dans les bulles de lèpre systématisée nerveuse pure Ainsi, dans la pensée de cet auteur qui admet dans cette forme de lèpre les lépromes dans les nerfs, par conséquent les bacilles loin de la surface cutanée, ces agents pathogènes ne peuvent pas se trouver superficiellement par cette seule raison. Cependant je dirai, que ce bacille même dans la lèpre systématisée nerveuse, n'est pas aussi profondément situé puisqu'on le trouve même dans la peau et j'en ai des préparations qui leprouvent.

A priori cela devrait être soupçonné puisque, quoiqu'en dise le professeur Pitres, ce bacille se trouve assez facilement dans le pus pris des ulcérations qui résultent des léprides bulleuses. Ainsi chez le malade dont je donnerai en résumé l'observation plus bas, j'ai trouvé dans l'ulcération à la suite d'une bulle de la région dorsale de la main un grand nombre de ces bacilles, la plupart disposés en amas, quoique fragmentés pour la plupart. Ailleurs je les ai vus disposés en zooglées sphériques, qu'on a pris quelquefois pour des cellules lépreuses. Cependant on trouve dans une préparation un ou deux bacilles, non fragmentés, qui suffisent avec l'ensemble pour établir le diagnostic.

Le bacille dans le pus des vésicatoires.

On connaît ce procédé qui est dû à notre distingué collègue le professeur Kalindéro, et s'il a été mis en doute par Pitres, c'est parce que notre collègue de l'Université n'a pas cru nécessaire d'insister sur le nombre restreint qu'on trouve dans ces cas, ce qui fait qu'on est obligé toujours, pour s'assurer de la présence de ce bacille dans

(1) *Loco citato*, p. 140.

le pus produit par les vésicatoires, d'examiner souvent un grand nombre de préparations. Nous avons mis trois jours pour examiner vingt lamelles faites avec ces produits et il nous a fallu souvent plus d'une demi-heure pour approfondir une de ces lamelles. Je dirai donc que par ce procédé on arrive quelques fois à mettre dans la lèpre systématisée nerveuse le bacille en évidence; mais il faut avoir de la patience et du temps pour ce genre de recherches.

Dans vingt-deux préparations que j'ai examinées de ce malade j'ai trouvé le bacille quelquefois situé dans de grandes cellules lymphatiques, où l'on voit à côté de quelques-uns qui sont très fragmentés, d'autres qui représentent bien leur volume normal.

Dans quelques-unes de ces cellules on trouve à la surface du protoplasma de 3, 4, 5 jusqu'à 6 bacilles; plus rarement on les rencontre entre ces cellules ou à la surface de la substance amorphe. Toujours dans le champ de ces préparations on rencontre quelquefois de petits amas formés par des bacilles détruits. Je dois rappeler encore que quelquefois dans une préparation entière, pour l'examen de laquelle il faut au moins une demi-heure, on ne rencontre que 15 à 20 bacilles.

De même je dois faire observer que dans un champ de microscope on ne doit pas s'attendre à rencontrer, lorsque cela a lieu, plus d'une cellule contenant des bacilles.

Il faut savoir aussi, que le nombre de ces bacilles n'est pas en rapport direct avec l'intensité des lésions trophiques, puisqu'en examinant des préparations semblables de chez un malade où la lèpre systématisée nerveuse était accompagnée de plus grandes lésions trophiques, et d'une double paralysie faciale, etc., j'ai trouvé moins de bacilles, plus difficilement même dans ce cas, que chez un autre qui n'offrait, comme on le verra dans l'observation, qu'à un degré moins avancé de semblables lésions. Je sais de même que notre très distingué confrère le D[r] Thibierge, alors qu'il n'a pas trouvé le bacille par le procédé du vésicatoire, a trouvé cet agent pathogène dans les coupes.

D'où vient ce bacille dans la suppuration produite par le vésicatoire dans la lèpre systématisée nerveuse.

Puisque d'après ce que nous venons de voir dans la grande circulation il n'y a qu'un nombre très restreint d'agents pathogènes, on serait embarrassé de supposer que les bacilles reconnaissent dans ce cas cette origine. Cependant si l'on pense que pour obtenir la suppuration au moyen du vésicatoire, il faut tenir celui-ci deux ou trois jours appliqué sur la région insensible et qu'on détermine ainsi une inflammation expérimentale, par conséquent une diapédèse des éléments figurés du sang, on est obligé jusqu'à un certain point, d'admettre qu'un certain nombre de ces bacilles trouvés dans ces préparations

provienment de la masse sanguine, tandis que le plus grand nombre reconnaissent la peau comme origine.

Le bacille dans la peau anesthésique.

Il est connu que dans les taches anesthésiques de cette forme de lèpre on trouve des bacilles, mais on ne sait pas que ces agents pathogènes se trouvent aussi dans toute l'étendue de la peau anesthésiée et non tachetée de ces malades. C'est pourquoi, ayant dans le service deux de ces lépreux sans macules, j'ai étudié des fragments de peau pris au-dessus du coude, dans des coupes minces, colorées par la méthode d'Ehrlich, dans lesquelles j'ai constaté l'existence de ces bacilles. Voici leur situation :

Dans l'*épiderme* on ne les rencontre pas.

Couche supérieure du derme. — Dans cette couche j'ai rencontré dans quelques préparations ces bacilles bourrant quelques fentes lymphatiques. Un peu plus bas, là où les vaisseaux capillaires sont entourés d'une grande couche de cellules embryonnaires, ces bacilles sont en plus grand nombre à la surface de ces cellules. Du reste sur cette même ligne, dans une direction horizontale, un peu au-dessous de l'extrémité inférieure de la couche malpighienne, on voit plusieurs masses de ces cellules embryonnaires sur lesquelles on trouve aussi en grand nombre ces bacilles. Dans un follicule pileux qui vient s'ouvrir à la surface de la peau, je n'ai observé aucun bacille, mais j'en ai rencontré quelques-uns dans la zone embryonnaire, qui entouraient l'extrémité inférieure de ce follicule.

Couche moyenne du derme. — Dans cette couche on rencontre aussi ces bacilles surtout dans les infiltrats embryonnaires qui entourent les vaisseaux sanguins dont les parois sont aussi tapissées par ces agents pathogènes. Toujours dans cette couche on observe un infiltrat embryonnaire qui s'étend sous forme d'une bande large d'un gros vaisseau à un autre, et à la surface de cet infiltrat on observe un grand nombre de bacilles.

Couche profonde du derme. — Ici on observe dans presque toutes les préparations ces bacilles en grand nombre. Ils se trouvent toujours à la surface des infiltrats embryonnaires, qui entourent les vaisseaux sanguins. On les trouve de même toujours en grand nombre sur les cellules embryonnaires qui infiltrent le tissu graisseux où ils ont la disposition semblable aux mailles du réseau capillaire. De même on rencontre ces bacilles dans les parois des vaisseaux des glandes sudoripares.

Nous les avons rencontrés même dans quelques glomérules de ces glandes qui avaient les cellules en prolifération.

III

De sorte que lorsqu'on veut constater tout de suite ces bacilles dans le fragment de peau que nous venons d'examiner, c'est dans cette dernière couche et surtout du côté du tissu graisseux qu'on doit porter son attention.

Par conséquent nous venons de voir que dans la peau non tachetée, non maculeuse, prise sur la partie insensible des deux malades atteints de lèpre systématisée nerveuse depuis huit et dix ans, on trouve constamment dans toutes les couches de la peau les bacilles de cette maladie, chose qui jusqu'à présent, à notre connaissance, n'a pas encore été signalée par d'autres auteurs. Aussi je crois que du moment que par ce procédé on trouve des bacilles plus nombreux, plus facilement, plus sûrement que dans le pus produit par les vésicatoires, c'est peut-être le procédé de choix lorsqu'on veut établir le diagnostic de ces cas de lèpre.

Point n'est besoin de dire que je ne suis pas d'avis de recourir au procédé proposé par Pitres : section des fragments des nerfs lorsqu'on a à sa disposition des procédés plus faciles. D'un autre côté, je dois dire qu'on ne doit plus se contenter aujourd'hui d'affirmer que dans cette lépre, les lépromes siègent entre les faisceaux ou autour des nerfs. L'agent pathogène siège dans toute la peau qui est insensible, de sorte que d'un autre côté, dans la lèpre dite tuberculeuse, le bacille est disposé dans les lépromes sur les téguments constituant des néoplasies circonscrites, et de l'autre, dans la lèpre systématisée nerveuse, ce même agent pathogène est disposé comme nous venons de le dire.

La nécessité de la recherche du bacille est si indispensable dans certains cas, que c'est seulement par ce seul moyen que Souza Martino (Lisbonne) a démontré dans un cas de syringomyélie que ce cas relevait de la lèpre, si bien que peut-être, faute d'avoir fait ces recherches, beaucoup de cas de lèpre à forme syringomyélique ont été décorés de ce dernier nom, puisque, comme nous dit cet auteur, la cavité syringomyélique de la moelle qui était remplie d'une masse diffluente et brune, contenait un grand nombre de bacilles de la lèpre (1).

Voici maintenant l'observation à laquelle je faisais allusion :

Lèpre systématisée nerveuse simulant la syringomyélie.

Le nommé A. L..., 43 ans, pêcheur de son état, entre à la clinique le 7 avril 1893.

Rien à noter relativement à sa maladie concernant l'hérédité. Son père et sa mère sont morts de vieillesse. Le malade a eu des chancres simples

(1) *Semaine médicale,* n° 20, 4 avril 1894.

avec des bubons inguinaux qui ont suppuré. Il dit avoir eu aussi des végétations sur le prépuce en 1879.

En 1880, à la place où il avait eu les végétations il ressent des picotements mordicants, des douleurs comme si des puces le mordaient. Lorsqu'il travaillait il ne s'apercevait pas de ces sensations. En même temps que les sensations des morsures mentionnées, il dit qu'il avait une sensation de froid sur l'axe de la colonne vertébrale. Ces sensations ont continué à se faire sentir pendant deux années; en même temps, il remarque qu'il ne pouvait plus boire de vin sans se sentir fatigué. Bientôt après, se trouvant pendant l'hiver au bord d'un lac pour pêcher le poisson, il vit apparaître sur ses mains, les cuisses et les pieds, plusieurs bulles qui présentaient un contenu blanc et qui lui faisaient mal; elles grandissaient rapidement et se transformaient ensuite en ulcérations. C'est donc le commencement de sa maladie actuelle. Avant d'entrer dans notre service il a été soigné dans plusieurs services de nos hôpitaux tant en province que dans la capitale ; on lui a fait subir aussi le traitement par la lymphe de Koch.

Résumé de son état actuel. — Haut de taille, bien constitué, il a les traits du visage ridés par les souffrances, le système pileux bien développé, un commencement de calvitie. Le cœur est normal. Foie et rate de même. Une légère augmentation des phosphates et des urates dans l'urine.

État de sensibilité. — La face est symétrique, les muscles de la face ne sont nullement atrophiés. Le malade peut siffler très bien ; de même il peut ouvrir et fermer bien les globes oculaires. La sensibilité à la douleur est complètement abolie sur presque toute la peau de la face, ainsi que si l'on enfonce les aiguilles fines de l'esthésiomètre le malade ne sent rien. On constate la même chose pour la peau du nez, sauf celle du lobule du nez où le malade sent un peu la douleur, tandis que cette sensation est complètement abolie sur les paupières supérieures. La même insensibilité existe pour la peau des oreilles. La sensibilité tactile de cette région est un peu abolie, ainsi lorsqu'on passe légèrement avec une pointe émoussée sur la peau, le malade ne sent presque pas, tandis qu'il sent le contact lorsqu'en promenant cette pointe émoussée on comprime fortement.

Sensibilité thermique. — Sur le front il ne sent pas du tout la température à 50° centigrades, de même sur les oreilles, tandis que sur la peau du visage il y a un peu la sensation de la chaleur. A 55° on constate la même chose. A 62° rien sur le front et sur les paupières, tandis qu'il dit que ça le brûle sur le visage. La même constatation a été faite pour la peau des membres supérieurs, des fesses, des cuisses et des jambes, où on pourrait aller à une plus haute température si je ne craignais pas de produire des brûlures.

Sur le tronc cette sensibilité est plus abolie, comme du reste elle l'est à la douleur, surtout sur les parties latérales, tandis que la peau de la région vertébrale est sensible.

A la peau des mains et des pieds cette sensation est encore plus abolie. La même constatation est faite à la sensation au froid.

Examen des téguments au point de vue de leur coloration. — Aucune tache sur la peau du visage; sur le front on constate trois taches blanches restes des bulles existantes. De même sur le cou et les parties latérales

de cette région on constate plusieurs petites cicatrices blanches qui reconnaissent la même origine.

Sur la peau du tronc on constate quelques petites cicatrices semblables sphériques sur la région du thorax et de l'abdomen ; de même on note dans ces régions un lentigo.

Fesses. — De chaque côté on constate, symétriquement disposées, quatre grandes taches presque sphériques, plus grandes qu'une pièce de cinq francs, d'une coloration un peu violacée, offrant des rides prononcées à la surface et quelques points blanchâtres; ce sont des restes d'anciennes bulles volumineuses. Ces taches cicatricielles sont complètement insensibles au tact et à la douleur et l'application de la glace n'est nullement aperçue.

Toute la peau de ces régions offre les mêmes troubles de sensation, c'est ce qu'on constate du reste sur la partie postérieure des cuisses.

Membres inférieurs. — On constate de même quatre grandes taches cicatricielles symétriques dans les régions poplitées et du mollet.

Genou. — Toute la peau du genou droit est ridée, de coloration violacée et le malade dit avoir eu ici des bulles qui se sont ulcérées, et nous constatons de semblables lésions pendant son séjour dans le service. Nous constatons les mêmes lésions au genou gauche, il présente même des ulcérations qui ont été précédées de bulles. La peau des jambes est dans presque toute son étendue tachetée par des cicatrices restes de bulles anciennes et la coloration de la peau dans cette région est violacée, tandis qu'elle est d'un blanc luisant sur la région du bord externe du tibia. De même on constate que l'épiderme de ces régions est en fine exfoliation. Ceci s'observe aussi sur les pieds.

Pieds. — La peau de la partie antérieure est un peu pigmentée ; à la surface on constate des squames. L'ongle du grand orteil du pied droit présente des striations transversales et est fragmenté à son extrémité libre. Le petit orteil a subi à la suite d'un ulcère une grande résorption, de sorte que bien qu'il présente son ongle qui est fragmenté, il a la moitié de sa longueur normale, offrant ainsi l'aspect d'un lobule situé à la base du quatrième orteil. Inutile de parler pour ces régions des troubles de la sensibilité puisque nous en avons parlé plus haut. L'extrémité libre du grand orteil est déprimée et à sa surface on constate une croûte très épaisse épidermique.

Au pied gauche on constate aussi que les orteils sont en flexion, que leur extrémité libre est plus grosse, les ongles sont déformés, de sorte qu'on a 'aspect de doigts en griffes.

L'ongle du grand orteil est épaissi et présente des striations à la surface ; tandis que l'extrémité libre de cet orteil présente aussi une croûte épidermique noire. L'ongle du deuxième orteil est en partie détruit, offrant un aspect fragmenté et noirâtre. A la partie postérieure de la base du petit orteil on constate une callosité épidermique noirâtre faisant saillie à la surface de la peau, c'est un commencement d'ulcère perforant.

Membres supérieurs. — La peau ne présente aucune tache maculeuse, comme nous l'avons déjà dit, mais on y remarque de grandes taches cicatricielles dans les régions inférieures du bras des deux côtés, qui sont dues à des anciennes léprides bulleuses. Les mêmes taches cicatricielles on les constate en plus grand nombre sur la peau des avant-bras et sur les régions dorsales des mains. Au coude on constate des deux côtés des

ulcérations qui ont été précédées de bulles. A gauche, la peau dans cette région est très amincie et très adhérente au squelette par l'atrophie des parties molles. Il en est de même d'un trajet fistuleux dans cette région, et le malade ne peut complètement étendre l'avant-bras sur le bras, de sorte que la lésion intéresse aussi le squelette. *Nerfs cubitaux.* A leur passage à travers la région du coude ils sont très augmentés de volume et, dans certains endroits, sensibles.

Mains. — La peau est ici très amincie surtout à la région dorsale, elle est vidée transversalement, amincie, d'un rose luisant sur les phalanges. Le petit doigt de chaque côté présente la disposition en griffe, qui ne fait que commencer aux autres doigts, de sorte que le malade ne peut pas bien étendre ces doigts.

Muscles des membres supérieurs. — Les muscles grands dorsaux sont un peu émaciés, de même les muscles des bras qui paraissent un peu atrophiés. Ceux des avant-bras le sont moins, surtout du côté droit, puisque du côté gauche la partie postérieure de l'avant-bras est aplatie dans son tiers inférieur. Les muscles des éminences fonctionnent très bien et ne paraissent pas atrophiés. Nous faisons la même remarque pour les muscles des jambes et des pieds qui ne sont pas atrophiés. Je dois faire remarquer que depuis quelques mois, depuis que le malade est dans le service, ce qui le tourmente le plus, ce sur quoi il attire le plus notre attention, ce dont il demande d'être débarrassé, c'est une douleur qui partant de la région dorsale du pénis s'irradie dans tout le corps. ce qui l'empêche, dit-il, de continuer ses repas, quand cette névralgie, qui vient assez fréquemment, le prend.

IV

De cette observation nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les troubles de la sensibilité, les ulcérations précédées de bulles avec un léger degré d'atrophie des muscles des membres supérieurs peuvent se rencontrer tant dans la syringomyélie que dans la lèpre systématisée nerveuse. En effet, on sait qu'en faveur de la lèpre on a donné comme caractère principal l'atrophie des muscles de la face, et chez notre malade on voit que cette atrophie n'existe nullement. Ainsi en faveur de la lèpre dans ce cas on ne peut invoquer que la chute des sourcils et des cils. Mais comme ce seul signe ne saurait être suffisant pour le diagnostic, on doit faire ce que nous avons fait, c'est-à-dire la recherche du bacille. En effet, c'est seulement en trouvant cet agent pathogène dans le pus du vésicatoire d'abord, puis en nombre bien plus grand dans un fragment de peau pris sur le bras, que nous avons pu établir ce diagnostic.

Enfin, pour terminer, il faut encore rappeler qu'en faveur de la syringomyélie à côté de l'intégrité des muscles superficiels de la face on a donné aussi l'absence de taches, de macules sur la peau.

Notre malade n'a pas eu de taches, comme nous l'avons vu dans l'observation et les muscles de la face étaient aussi indemnes d'atrophie.

SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE EN ISLANDE

Par le Dr **Edvard Ehlers**, de Copenhague.

Il y avait un temps, où l'on s'imaginait qu'il existait des nations indemnes de syphilis ; et on s'est imaginé cela jusqu'à ces derniers temps pour les Islandais. C'est Mackenzie qui a appelé l'attention sur cette circonstance ; Thorsteinssen et Jacotot l'ont confirmé, et cette idée a passé dans les grands ouvrages de Hirsch et d'autres. En général on n'a pas cru à une vraie immunité absolue, mais on se figurait que la maladie ne pouvait pas prendre des racines dans l'île, à cause des mœurs simples et pures de la population. Tel est l'avis de Jullien et de Lesser.

En 1891 Lesser a essayé de faire éclaircir cette question en adressant une lettre à M. Schierbeck, médecin inspecteur en chef de l'Islande, dont la réponse a été publiée dans l'*Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, 1891, p. 37.

Les questions sur lesquelles il demandait réponse étaient :

1) Est-il vrai que la syphilis n'existe pas dans la population islandaise de notre ère ?

2) Ne trouve-t-on pas dans les chroniques islandaises de la fin du XVe siècle et du commencement du XVIe siècle, c'est-à-dire du temps où la première épidémie de syphilis se répandait sur l'Europe, la mention de l'apparition du *morbus gallicus* en Islande ?

Dans sa réponse le Dr Schierbeck a communiqué ses observations pendant huit ans de 4 syphilitiques avérés, d'un malade qu'il soupçonnait syphilitique, et d'un cas non douteux de paralysie générale :

Obs. no 6. — Homme marié. Mariage sans enfants. Six ans de séjour à l'étranger. On ne sait pas si le malade a eu la syphilis, mais on sait qu'il a mené dans sa jeunesse une jolie vie de garçon. Cas typique de paralysie générale. Mort deux ans après l'apparition des premiers symptômes.

Tous les malades de M. Schierbeck avaient contracté leur syphilis à l'étranger.

Schierbeck fait la remarque juste, que les conditions locales, le dispersement de la population, la connaissance intime entre les habitants d'un endroit et leurs voisins mutuellement, rendent probable qu'une importation du virus syphilitique serait découverte aussitôt.

La syphilis est importée en Islande par *les indigènes* ou par *les étrangers*.

Les indigènes importateurs de syphilis appartiennent tous aux classes aisées ; les pauvres n'ont pas les moyens pour se payer des voyages. Ces Islandais des classes aisées qui sont infectés à l'étranger, mènent

chez eux une vie tranquille, se font traiter et ne se marient qu'après le laps d'un certain temps, de sorte qu'ils ne propagent pas leur maladie.

Quant aux étrangers ils trouvent des difficultés pour la fréqueutation des Islandaises.

Je m'associerai pleinement aux opinions de M. Schierbeck. Mon attention a été portée, pendant mon séjour en Islande, sur l'existence et l'apparition de la syphilis, et je me vois dans le cas de vous fournir des renseignements suppléants.

Comme les observations de Schierbeck le démontrent, les Islandais ne sont pas immunisés contre la syphilis. Je me rappelle au moins deux Islandais, qui ont été traités dans le service de M. Haslund, pendant que j'étais chef de clinique; et je viens d'observer en Islande deux cas de syphilis, dont l'un a été contracté à Copenhague, l'autre en mariage en Islande.

La maladie a répandu plusieurs fois de petites épidémies sur l'île.

Pour l'an *1528* je trouve dans les *Annales de l'Islande* la note suivante (1):

« En ce temps, il régnait une grande épidémie, qu'on appelait *sárasótt* (maladie ulcéreuse). Elle a été très tenace et en même temps dangereuse et bien difficile à guérir. Il y avait alors un médecin allemand du nom de Lazarus Matthœussen, surnommé Lassi. Et il a été convenu avec ledit Lassi qu'on lui laisserait la ferme de Skáneya, à la condition qu'il devait guérir *gratis* 100 hommes pauvres, qui étaient tourmentés de ladite maladie. Lassi est allé dans le sud du pays et a fixé sa résidence à Skáneya, mais il n'a guéri que cinquante pauvres malades, et il a éclaté une dispute sur la moitié des terres qu'on lui avait données. »

La biographie du premier médecin inspecteur en chef de l'île, Bjarne Povelsen, faite par son fils, emploie cette même dénomination de *sárasótt* pour désigner (p. 48) l'épidémie qui régnait en 1756 à la nouvelle fabrique de laine à Reikiavik.

De cette épidémie, nous savons avec certitude que c'était la syphilis.

Elle a été importée par des ouvriers français à la fabrique de laine, qui a obtenu plus tard dans les chansons des Islandais le surnom : *la fabrique de Frantzos.* L'épidémie a persisté jusqu'en 1763 ; des cas sporadiques ont été observés encore en 1774 ; mais après ce temps, on n'entend plus parler d'elle. La syphilis a été plus tard importée par des marins danois (2) au pays du Nord en 1824 ; le médecin de

(1) SCHLEISNER. *Island undersegt fra et lægevidenskabeligt Synspunkt.* Copenhague, 1849, p. 51.

(2) SCHLEISNER, *loc. cit.*

cette contrée avait cette année 17, et l'année suivante 5 syphilitiques, appartenant pour la plupart à l'équipage de deux fermes ; l'épidémie s'est bornée à cela.

Le Dr Zeuthen, d'Eskifjord, m'a raconté qu'il est arrivé à Eskifjord en 1859 et qu'il a trouvé quelques familles attaquées de la syphilis, qui leur avait été communiquée par des pêcheurs français. Il a pris aussitôt des mesures énergiques : 1) défense de communication avec les navires étrangers ; 2) visite médicale des personnes qui s'étaient rendues à bord ; 3) traitement public des malades. Et l'épidémie a été arrêtée, surtout quand la plupart des membres des familles infectées ont émigré pour l'Amérique du Nord.

D'après ma conviction, il ne faut pas chercher la raison des attaques sans succès de la syphilis autant dans les mœurs pures de la population — je ne les crois ni meilleures ni pires que d'autres — que dans l'isolement *naturel* des malades. Une telle maladie que la syphilis qui est strictement liée aux communications personnelles, ne peut jamais pénétrer dans la population islandaise.

Elle peut causer des épidémies familiales, — j'aurais même du mal à me figurer comment on pourrait éviter la contagion de tous les habitants d'une ferme, une seule personne là-dedans ayant été infectée elle peut arriver aussi à attaquer une ferme voisine (c'est-à-dire lointaine : l'on ne se fait aucune idée juste des distances entre les habitations humaines en Islande), mais elle n'arrivera pas plus loin.

Et je ne crois pas qu'il faille se figurer les Islandais comme une nation avec des mœurs singulièrement pures. Il suffit d'avoir vu et senti un dortoir islandais (*badstofa*, salle de bain), dans lequel 14 à 16 personnes, hommes femmes et enfants, couchent ensemble dans six à huit grandes caisses de bois, pour quitter aussitôt ces illusions théoriques.

On trouve du reste des symptômes nombreux dans leurs livres populaires de médecine, qui indiquent les Islandais comme une race qui possède les instincts humains ordinaires, plutôt accentués qu'amoindris par la solitude, par les longues soirées d'hiver, le froid et le manque d'autre occupation. En tout cas l'on me concèdera que c'est un augure drôle, que le membre viril est désigné *halfvinr* (signifie : mi-ami).

Je vous citerai quelques-uns des remèdes curieux domestiques et érotiques qui se trouvent dans les livres populaires de médecine Islandaise.

Si l'on désire que la femme n'aime que son mari et nul autre, qu'on coupe alors une mèche de ses cheveux, qu'on les brûle, et jette les cendres sur le « mi-ami », le frotte après avec du miel, et qu'on aille ensuite se coucher avec elle. Elle ne pourra jamais coucher avec d'autres. Si l'on désire plus tard détruire l'enchantement, qui

pourrait devenir gênant, qu'on coupe alors une mèche de ses propres cheveux, et qu'on en fasse autant.

Si la femme ne veut pas avoir affaire avec le mari, il faut qu'il prenne du suif d'un bouc de taille moyenne pour frictionner son « mi-ami » avant le coït; ou bien qu'il prenne de la bile ou du suif de bouc qu'il doit bien sécher et pulvériser, le mélanger avec de l'huile chaude et claire pour frictionner le « mi-ami » avant le coït; alors la femme ne désirera jamais d'autres.

Si l'on veut s'assurer de le chasteté de sa femme, on n'a qu'à placer sous son oreiller un aimant : si elle est chaste elle se tournera vers son mari et l'embrassera ; mais si elle le trompe, elle se détournera de lui et tombera du lit, comme si elle avait été tirée dehors.

Si les Islandais n'ont jamais connu de meilleurs moyens de constater l'adultère, on comprend facilement que la population a pu être estimée sage et de mœurs purs.

Veut-on savoir si l'on a affaire à une pucelle ou non, on n'a qu'à pulvériser de l'agate aussi fin que possible, et de lui en donner à boire dans de l'eau ou dans du vin. Si elle n'est pas pucelle, elle va uriner tout de suite; mais au cas contraire, elle pourra garder l'urine.

Si une femme veut empêcher qu'on découvre qu'elle a perdu son « plus grand trésor », alors elle doit mouiller une galle de chêne et l'employer pour badigeonner l'intérieur de ses parties génitales, ou bien les frictionner avec du salpêtre et du miel.

Les remèdes domestiques nombreux de ce genre ne sont certainement pas des symptômes d'un tempérament de *Joseph* ou de *saint Antoine.*

Les temps sont loin, desquels parle Arngrimur Jonssen (1), où l'on punissait le viol d'une fille née-libre par la mort, où un baiser donné à une pucelle contre son gré, où le viol d'une libérée était puni d'exil, et où un baiser donné à une pucelle de son plein gré, ou le viol d'une esclave était mis à l'amende de 3 marks d'argent.

De nos temps les Islandais se saluent en s'embrassant, ils se rencontrent en échangeant des baisers, ils se quittent en s'embrassant, et cela ne coûte pas 3 marks ; il peut être même assez difficile de l'éviter.

La population a eu autrefois des réunions de danses et de chants, qu'on appelait des « joies », ainsi que des grandes fêtes surnommées « Vikivikar ». Quelquefois ces noces ont dû être assez animées. Au commencement du XVIII[e] siècle, le bailli du sous-préfet Vidalin a défendu la « joie » dans la ferme de Jærva, parce qu'on calcula à 19 enfants le résultat de la dernière « joie ».

(1) *Crymogæa*, p. 89. Cit. d'après *Schleisner*.
(2) STEPHENSEN. — *Island au XVIII[e] siècle*. Copenhague, 1808.

Mon attention a été également portée sur l'existence de la paralysie générale en Islande. La syphilis étant une rare exception, la paralysie générale doit être encore plus rare, s'il y a des rapports entre ces deux maladies.

Il va sans dire que je suis personnellement convaincu, que la paralysie générale est due exclusivement à la syphilis, mais il y a encore des âmes faibles, qui auront besoin d'être fortifiées dans leur croyance.

Les maladies mentales sont au moins aussi fréquentes en Islande qu'en Danemark (1), Finsen les considère même comme plus fréquentes encore, fait qui m'a été confirmé par les 18 collègues (l'île en a 30) avec lesquels j'ai eu l'occasion de parler.

Tous ont répondu à ma première question, si réellement à notre époque la syphilis était si rare en Islande, qu'ils ne la voyaient pour ainsi dire jamais que chez des Islandais qui l'avaient attrapée à l'étranger, ou chez des marins étrangers, qui ne trouvaient jamais l'occasion pour la propager, *car la population ne se prostitue pas avec les marins étrangers.*

Seulement à Dyrefjord (côté de l'ouest), où il y a un établissement de pêche de baleine et plusieurs établissements de pêche de morue fréquentés beaucoup par des marins étrangers, il y a souvent des cas de syphilis.

Le Dr Sigurdur Magnusson m'a communiqué, qu'il a eu en 1893 une petite épidémie familiale de trois personnes, la femme infectée par un matelot, le mari par sa femme, et un enfant par les parents. Et nous avons visité dans cet endroit quelques huttes, surnommées par la population : « le Bordel » et « le Couvent des nonnes », surnoms peu flatteurs pour la moralité des habitants.

Devant l'une des huttes nous avons trouvé jouant un petit garçon, bien gentil, aux yeux et cheveux noirs, un vrai type de Français ; le docteur disait qu'il y avait encore un enfant américain de la même mère à l'intérieur de la maison. Devant l'autre hutte marchait avec peine, en s'appuyant sur une canne, un vieil hémiplégique ; représentants de la fécondité et de la maladie qui peuvent résulter de la fréquentation trop intime des marins étrangers.

Ma deuxième question adressée aux médecins, s'ils voyaient jamais la paralysie générale, a été niée par tout le monde, excepté un autre médecin du même fjord (baie), le docteur Oddur Jonsson, qui y exerce la médecine depuis huit ans. Il m'affirma avoir vu pendant ces huit ans 2 cas de paralysie générale, l'un mort, l'autre encore vivant. Ces deux cas ont été observés chez des personnes dont il ne savait pas si elles avaient eu la syphilis ; mais ces deux hommes *habitaient des*

(1) FINSEN *Sygdomsferholdene* ; *Island.* Copenhague, 1874.

huttes dont les habitants femelles avaient eu des rapports avec des marins étrangers.

J'ajoute pour plus de sûreté que les autres collègues Islandais m'ont affirmé qu'ils se croyaient capables de reconnaître, le cas échéant, la paralysie générale, ensemble pathologique assez typique.

Conclusions. — 1° Les Islandais sont loin d'être immuns contre la syphilis ; mais cette maladie y est très rare et ne se répand pas dans la population.

Ce ne sont pas les mœurs de la population qui s'opposent à son introduction, mais l'isolement naturel des habitants de l'île déserte ;

2° La paralysie générale a été observée une seule fois dans la capitale du pays, chez un homme qui avait mené une joyeuse vie de garçon pendant six ans à l'étranger ; et peut-être deux fois dans le seul port d'Islande où il y a quelques membres de la population pauvre qui se prostituent avec les marins étrangers, qui leur ont communiqué quelquefois la syphilis.

La paralysie générale est inconnue dans le reste de l'île.

SUR LES ÉRYTHÈMES MÉDICAMENTEUX

Par **Morel-Lavallée.**

Dans la séance tenue le 19 octobre dernier à la Société médicale des hôpitaux, mon exellent ami A. Siredey, qui eut l'avantage d'être interne à l'hôpital Saint-Louis et l'honneur d'y être l'élève de M. E. Besnier, a donné lecture d'un cas intéressant d'érythème scarlatiniforme desquamatif d'origine mercurielle, et l'a fait suivre d'un court mémoire brillamment exposé et tout à fait au courant de la question. Il s'efforçait dans ce travail de faire ressortir la fréquence et l'importance des érythèmes médicamenteux (et surtout hydrargyriques), signalant leur possibilité à la prudence des praticiens, et disant en substance, que le nombre des érythèmes infectieux diminuait, et que celui des érythèmes spontanés ou idiopathiques tendait de plus en plus à se rapprocher de zéro à mesure qu'on apprenait à reconnaître à classer les toxidermies.

L'opinion, avancée par M. Siredey, qui émise devant des dermatologistes n'eût pas donné lieu à une discussion, fut trouvée au moins très exagérée, et l'orateur notamment qui prit la parole après M. Siredey, notre ami M. Galliard, abordant, à propos d'une intéressante communication qu'il faisait sur les érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde, la question des érythèmes médicamenteux, « crut pouvoir ramener « un peu de calme dans les consciences médicales troublées par les « déclarations de M. Siredey », en déclarant que lesdites éruptions pathogénétiques étaient quantité négligeable dans la pratique, et en établissant une série de conclusions qui, je dois l'avouer, ne sont pas trop d'accord avec ce que nous apprenons ici en dermatologie.

1° « Lorsque le tégument externe, dit tout d'abord M. Galliard, est doué d'une susceptibilité spéciale, il se révolte *habituellement* sans retard, le diagnostic peut-être très rapide. »

Le tégument se révolte *sans retard*, soit, mais seulement dans la « majorité » des cas. Si nous prenons par exemple les 22 observations d'hydrargyries de cause interne réunies dans une monographie publiée par nous en 1891 (1), — travail que M. Siredey a bien voulu citer avec une abondante bienveillance, — nous verrons que dans 4 cas, la date du début n'est pas mentionnée; sur les 18 restants, l'éruption est apparue : *après quelques jours*, 5 fois ; *après plusieurs semaines*, 3 fois. C'est donc 9 fois sur 18, — ou 50 fois p. 100 — que le tégument susceptible a retardé sa protestation.

(1) Hydrargyries pathogénétiques, par Morel-Lavallée. In *Rev. de méd.*, juin 1891.

Une malade, dont M. Florand va publier l'observation en son nom et au mien, avait pris impunément des pilules de protoiodure pendant SIX MOIS jusqu'au jour où la reprise de DEUX PILULES de 0,05 occasionna chez elle la formidable dermopathie *dont elle n'est pas encore guérie au bout de vingt-trois mois.*

Le diagnostic, en outre, peut n'être pas très rapide, même avec l'anamnèse, même pour des dermatologistes convaincus. Quand j'amenai à Saint-Louis la malade qui fait l'objet de mon observation I, le regretté M. Vidal refusa absolument à voir en elle un cas d'hydrargyrie ; M. Fournier et M. Besnier hésitèrent plusieurs jours avant d'admettre sans réserve mon diagnostic.

2° « L'intolérance organique dont l'érythème fournit la preuve éclatante, continue notre ami M. Galliard, ne se manifeste guère à l'égard d'un seul remède. Il y a *généralement*, pour un seul et même sujet, une gamme de médicaments érythrogènes ».

Au mot « généralement » nous substituerions volontiers celui de « fréquemment » : d'une part est grand le nombre des gens qui présentent une curieuse idiosyncrasie d'intolérance à l'égard d'un médicament, *et d'un seul* (c'est ce qu'on observe en particulier pour l'opium, et, au point de vue cutané, pour le chloral, pour le mercure) ; et, en second lieu, ce serait donner une fausse sécurité au médecin que de lui affirmer en thèse générale l'immunité cutanée à l'égard du mercure, par exemple, d'un sujet dont la peau aurait supporté sans réagir l'usage interne (ou externe) de la térébenthine, du santal, etc. Ce serait inexact, et dangereux dans la pratique. « Si deux de nos malades, avons-nous dit dans notre mémoire sur les hydrargyries pathogénétiques, ont montré par des éruptions térébenthinée et chloralique une sensibilité excessive aux médicaments érythématogènes, LES 20 AUTRES N'ONT RIEN PRÉSENTÉ DE PAREIL...... »

3° « L'intolérance se manifeste à la suite de doses très faibles, ajoute l'auteur des conclusions. « Si les doses faibles ne produisent pas d'accident, on peut, sans crainte, les augmenter ». Cette assertion, qui doit être souvent justifiée pour certaines substances aromatiques ou balsamiques, est à coup sûr inexacte pour le mercure. Laissons parler un auteur autorisé : « La plus importante des conditions dans « lesquelles il donne lieu aux accidents aigus est sans contredit la « quantité de mercure net réduit dans l'organisme...... » (1). Si cette phrase de M. Hallopeau n'est pas tout à fait applicable aux accidents cutanés, il n'en reste pas moins acquis que cinq des cas graves d'hydrargyrie réunis dans notre travail, dont celui qui s'est terminé par la mort, ont succédé à une mercurialisation pilulaire continuée pendant plusieurs semaines (2).

(1) HALLOPEAU. *Du mercure.* Th. Agrég., Paris, 1878

(2) MOREL-LAVALLÉE. *Loco citato*, p. 494.

4° « Les accidents sont rarement très graves... » La mort n'a, en effet, été relevée qu'une fois jusqu'en 1890. Mais sur nos 22 observations, 6 cas, soit *27 p. 100*, ont présenté des durées de 30, 40, 70, 90, 95, 160 jours (sans compter les récidives). Nous demandons si une affection peut être dite « rarement très grave » lorsqu'en dehors de la mort possible et une fois observée, elle peut atteindre 27 fois sur 100 des durées aussi énormes.

5° « L'hydrargyria maligna est devenue fort rare depuis qu'on a appris à connaître les érythèmes médicamenteux... » L'hydrargyrie de forme sévère ou moyenne n'est pas au contraire fort rare, précisément parce que la connaissance des érythèmes médicamenteux n'est pas répandue dans le public médical, qu'elle n'est pas sortie du cercle restreint de la dermatologie, ce qui fait que l'on continue parfois le mercure malgré le début d'une dermatite d'origine insoupçonnée, et qu'on arrive ainsi à produire, à créer des hydrargyries graves.

C'est pour cette raison d'utilité publique, et non uniquement afin de ne pas laisser périmer les conclusions d'un ancien travail à nous personnel, qu'il était indispensable, avons-nous pensé, de ne pas laisser passer sans une protestation des assertations dont la portée n'eût pu être qu'agrandie en raison même de l'enceinte où elles s'étaient produites.

Répétons-le donc pour terminer : les érythèmes médicamenteux existent avec une fréquence et parfois une intensité assez grandes pour qu'on soit *toujours* obligé de compter avec eux dans la pratique la plus ordinaire de la médecine. Nombre de sujets ont une peau intolérante à l'égard seulement d'une seule substance médicamenteuse ; tel individu deviendra écarlate pour une seule capsule de copahu qui pourra supporter des séries de frictions mercurielles, et réciproquement. On ne peut en aucune façon refuser l'origine médicamenteuse à une éruption pour ce fait seul que le malade a déjà pris impunément et à plusieurs reprises la substance incriminée. Il n'est pas permis d'augmenter « sans crainte » et sans surveillance la dose d'une drogue jusque-là bien tolérée, mais connue comme érythrogène.

L'hypothèse attribuant la production des toxidermies au mauvais fonctionnement de l'appareil hépato-rénal, fort en faveur aujourd'hui, n'est qu'une théorie, et ne repose sur aucun fondement si on veut l'appliquer à la généralité des cas. Comment admettre un foie et des reins malades chez une personne qui supporte sans accidents le mercure, l'opium, le santal, la quinine, et est prise d'une urticaire féroce pour l'ingestion d'*une* fraise ou d'un gâteau parfumé à la vanille ! ?

En dernier lieu, *Bazin n'a jamais « décrit l'hydrargyrie »* ; il a consacré à peine *une dizaine de lignes* à cette affection dans ses *leçons sur les affections cutanées artificielles* (1) ; c'est G. Alley

(1) BAZIN. Paris, 1862, p. 197.

qui la décrivit et lui donna son nom dans un remarquable mémoire publié en 1804 (1). Et l'hydrargyrie était absolument tombée dans l'oubli et régulièrement méconnue, comme l'a décrit lui-même M. le professeur Fournier, avant les derniers travaux, observations et mémoires sortis de l'hôpital Saint-Louis (2).

Nous avons bien le droit de le rappeler alors que tout ce qui se publie à l'étranger est chez nous l'objet d'une faveur qui n'est pas toujours payée de retour.

Érythème scarlatiniforme récidivant avec éruptions polymorphes dû au protoiodure d'hydrargyre. Observation de M. le Dr FLORAND.

Mme de B..., 34 ans, contracte la syphilis en mars 1892.

Nous la voyons pour la première fois le 16 mai, avec une roséole légère et nous trouvons facilement les traces du chancre avec adénopathie.

Le traitement est institué immédiatement de la façon suivante : une pilule de protoiodure d'hydrargyre de 6 centigr. pendant dix jours; deux pendant cinq jours; repos de quinze jours, puis reprise du traitement ainsi continué pendant six mois.

La roséole disparaît assez rapidement, et, pendant toute la durée du traitement nous avons eu à noter l'apparition de quelques plaques muqueuses qu'une cautérisation légère suffit à atténuer rapidement.

En novembre et décembre, suspension de tout traitement.

Le 14 janvier 1893, Mme de B... revient nous trouver pour nous montrer une éruption papuleuse très discrète siégeant proprement sur le cou, la partie antérieure de la poitrine, la paume des mains, éruption sur la nature de laquelle il ne peut y avoir aucun doute, d'autant qu'elle coïncide avec une alopécie légère et un peu de céphalée.

Nous conseillons à la malade de revenir au traitement antérieur, à savoir : une pilule de protoiodure de 0,05 chaque jour. La première pilule est prise le soir même, la seconde le lendemain 15 janvier.

Le 16. La malade vient nous trouver très effrayée de l'apparition à la surface de sa peau de larges plaques érythémateuses légèrement surélevées et accompagnées d'un prurit assez intense. La malade croit à un phénomène nouveau dû à la syphilis. Nous la rassurons sur ce point, mais instruit par l'expérience et les observations de notre ami Morel-Lavallée, nous lui ordonnons de cesser toute pilule et de prendre des boissons alcalines en assez grande quantité. Nous croyons presque inutile d'ajouter que la malade n'a pris ces jours derniers aucun médicament autre que la pilule, aucun aliment susceptible de provoquer un érythème et qu'en dehors de sa variole de l'année précédente, elle présente aujourd'hui, pour la première fois, des désordres cutanés. Sa visite chez nous avait lieu le 16 janvier. Le 18, nous sommes appelé chez elle en

(1) ALLEY. *Obs. on the peculiar eruptive disease arising from the exhibition of mercury.* Dublin, 1804.

(2) Voyez, en dehors des travaux déjà cités, E. BESNIER. Pathogénie des érythèmes. In *Annal. derm.*, janvier 1890, etc.

toute hâte et nous la trouvons dans l'état suivant, que je pus montrer légèrement atténué cependant, quarante-huit heures après, à mon ami, M. Morel-Lavallée.

La malade est recouverte sur tout le corps d'une éruption scarlatiniforme avec tuméfaction douloureuse prononcée surtout à la face, à l'abdomen, au cou et aux mains. Ses paupières sont bouffies au point qu'elle ne peut ouvrir les yeux. Toutes les parties atteintes sont le siège, non seulement d'une cuisson douloureuse, mais aussi d'un prurit très pénible.

Fait à noter : *La langue est nettement saburrale, pas tuméfiée; la bouche, le gosier sont intacts. Pas de stomatite. Pas de salivation.* Le thermomètre est à 39°,5.

La malade est très nerveuse, très agitée. Ses urines sont rares, sans albumine.

Traitement : Grands bains tièdes. Régime lacté.

21 janvier. La tuméfaction est plus accentuée. Les bains semblent avoir augmenté le prurit qui est très douloureux.

Je fais graisser les membres et je les fais recouvrir de bandes. Les urines sont un peu plus abondantes.

Le 25, au neuvième jour de l'éruption, desquamation par lamelles étroites sur divers points au niveau desquels il existe des phlyctènes irrégulières donnant à la face, au cuir chevelu, un aspect vésiculo-croûteux analogue à celui que donne souvent l'érysipèle. On est forcé de faire tondre la tête avec soin et de graisser plusieurs fois par jour la peau qui se fendille sur divers points et qui donne un suintement assez fétide.

Le thermomètre est à 38°. Les urines toujours rouges et normales. Langue saburrale. Inappétence. Constipation contre laquelle il faut lutter chaque jour : c'est assez dire que le côlon, comme l'appareil salivaire, n'ont pas souffert du mercure. L'œdème a un peu diminué.

Je résume la fin de l'observation.

La desquamation continue ainsi pendant quatre mois, SOIT 120 JOURS. Elle se fait plusieurs fois dans les mêmes points et s'accompagne constamment, malgré toutes les précautions prises, d'accidents infectieux superficiels du côté de la peau : phlyctènes remplies de sérosité purulente, vésico-pustules, ecthyma furonculeux, pigment à la face, aux mains et aux urines, œdème très variable, fort léger un jour et reparaissant le lendemain sur divers points à la fois. Rien du côté des ongles. Rien non plus du côté des muqueuses.

Le prurit est moins pénible mais toujours intense surtout la nuit, mais il n'est pas constant et procède par véritables crises. La malade ne cesse pas le régime lacté.

Au bout de quatre mois seulement l'œdème de la peau a complètement disparu, mais toute la surface cutanée est encore sèche, écailleuse, et surviennent à chaque instant, d'une façon très discrète cependant, soit quelques pustules, soit un petit furoncle, soit encore une éruption ortiée d'une durée de quelques jours, et cela d'une façon constante jusqu'à une saison à la Bourboule en septembre 1893.

Depuis cette époque, la peau a repris son aspect normal. Cependant

elle est un peu plus rugueuse, légèrement chagrinée par places, ce qui désespère la malade qui avait, avant ses accidents, une peau très nette, très douce au toucher.

Dans le courant de 1894, la malade a eu à quatre ou cinq reprises, à la suite d'émotions le plus souvent, des poussées érythémateuses ortiées assez discrètes d'une durée de huit à douze jours chacune.

Aucune manifestation de syphilis.

Nous n'avons pas osé instituer de nouveau le traitement spécifique.

Érythème scarlatiniforme desquamatif dû à l'administration d'une petite quantité de salol *à* l'INTÉRIEUR ; *guérison consécutive d'un eczéma ancien et rebelle.*

Le jeune M..., âgé de 12 ans, est atteint le 12 février dernier d'une amygdalite assez intense locale, mais à faible réaction générale.

Je prescris 2 gr. de salol en quatre cachets à prendre dans la journée.

Le 13 février je suis appelé en toute hâte à la première heure pour voir l'enfant qui est entièrement recouvert d'un érythème scarlatiniforme intense occupant tout le corps, très accentué au cou, aux fesses, aux plis articulaires, respectant à peu près la face.

Le frère aîné du jeune M... avait eu quatre mois avant, dans le même appartement, une scarlatine assez intense. L'appartement avait été désinfecté, mais cependant cet antécédent venait encore ajouter à notre embarras.

Malgré cela l'absence de toute hyperthermie, — le thermomètre marquait 37°, — la diminution du mal de gorge, l'état de la langue légèrement saburrale, et peut-être aussi l'intensité et la rapidité de l'éruption, la susceptibilité cutanée antérieure de notre malade nous firent porter le diagnostic ferme d'érythème scarlatiniforme dû au salol, aucune autre cause alimentaire ou médicamenteuse ne pouvant l'expliquer.

Le 16 février le malade présentait la plus belle desquamation par larges plaques que l'on puisse voir. Cette desquamation qui confirmait notre diagnostic se termina en cinq jours. Le malade fait peau neuve d'une façon absolue depuis le cou jusqu'au pied sans la moindre réaction fébrile, sans le moindre prurit, et dès le 25 il reprenait ses études, complètement rétabli. Une particularité digne d'être notée : l'érythème a entraîné avec lui un eczéma très rebelle de l'oreille et du cou qui depuis cinq ans avait résisté à tout traitement et à deux mois de la Bourboule.

Cet eczéma n'a pas reparu depuis cette époque,

Erythème ortié dû à un pansement externe au salol.

M. X..., 60 ans, a subi au coude l'ablation d'un ganglion. Pansement à la gaze au salol. Douze heures après apparition d'abord au pourtour de la plaie, puis sur tout le corps, d'un érythème ortié très intense qui a duré seize jours et s'est accompagné d'un prurit des plus pénibles malgré la suppression immédiate du pansement au salol, bien entendu.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1894

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : MM. Hallopeau, Barthélemy. — Deuxième note sur un cas d'altérations gangréneuses et nécrotiques unilatérales de l'extrémité céphalique, par MM. Hallopeau et Le Damany. — Contribution à l'étude des surdités syphilitiques, par M. Hermet. (Discussion : MM. Barthélemy, Fournier, Hermet.) — Kératodermies symétriques des extrémités, congénitales et héréditaires, par M. Bassaget. (Discussion : MM. Hallopeau, Besnier.) — Sur un cas d'ichtyose kératosique avec séborrhée, par MM. Dupré et Mosny. (Discussion : MM. Fournier, Dupré, Besnier, Brocq, Darier.) — Tuberculose linguale et glossite dentaire, par M. Mendel. (Discussion : MM. Fournier, Besnier.) — Gangrène de la langue, très probablement d'origine syphilitique, par M. Mendel. (Discussion : M. Fournier). — Tuberculose cutanée probable, par M. L. Wickham. (Discussion : MM. Sabouraud, Jacquet, Du Castel, Hallopeau, Feulard, Fournier, Besnier.) — Lupus érythémateux symétrique des mains, par MM. Gaucher et Barbe. — Chancre syphilitique géant, par MM. Du Castel. (Discussion : MM. Fournier, Tenneson, Besnier, Darier.) — Herpes gestationis, par M. Perrin. (Discussion : M. Brocq.) — Chancres syphilitiques simultanés de la paupière et du menton, par MM. Eudlitz et Terson. (Discussion : MM. Tenneson, Barthélemy, Fournier. — Eczéma séborrhéique, et folliculites avec dépilation, par MM. Hallopeau et Le Damany.) — La lèpre et la syphilis au moyen-âge, par M. P. Raymond. — Dermatite herpétiforme de Duhring chez une petite fille de 5 ans, par M. Ch. Audry. — Paralysies ascendantes à rétrocession, infection streptococcique atténuée ayant pour point de départ des abcès cutanés et sous-cutanés des membres inférieurs, par M. J. Brault. — Syphilis et paralysie générale en Islande, par M. Ehlers.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Hallopeau demande que, dans sa communication faite en commun avec M. Le Damany, les mots « nettement gangréneux » soient remplacés par les termes « nullement gangréneux ».

M. Barthélemy rappelle qu'il a lu, dans la dernière séance, au nom de M. Stoukowenkoff, professeur à l'Université de Kieff, un mémoire intitulé : *Des rapports de l'eczéma chronique avec l'anesthésie de la peau.*

Deuxième note sur un cas d'altérations gangréneuses et nécrotiques unilatérales de l'extrémité céphalique.

Par MM. Hallopeau et Le Damany.

Nous comptions présenter de nouveau à la Société notre malade en bonne voie de guérison : un érysipèle survenu le 6 décembre l'empêche malheureusement de se déplacer.

Nous pouvons déclarer tout d'abord, malgré les incontestables analogies d'aspect, qu'il ne s'est pas agi d'un cas de charbon. Les examens bactériologiques et les cultures nous ont en effet donné les résultats suivants.

Examens bactériologiques. — 1° *Sur lamelle.* — Dans les détritus putrilagineux recueillis *sous l'eschare*, on trouve des cocci assez nombreux, isolés, qui restent colorés par la méthode de Gram.

Une gouttelette de sérosité, obtenue par piqûre (après asepsie préalable) dans la région tuméfiée, étendue sur deux lamelles, colorée par le violet de gentiane, est absolument dépourvue de microbes. Cet examen est répété six fois (12 lamelles) avec les mêmes résultats négatifs.

2° *Cultures.* — Une parcelle de détritus, ensemencée sur gélose, donne de nombreuses colonies de staphylocoques blancs. Ensemencées sur gélatine, elles en déterminent la liquéfaction.

Une goutte de sérosité, recueillie comme il est indiqué plus haut, ensemencée sur gélose, donne, au bout de trois jours, une seule colonie de staphylocoques blancs.

Ni les cultures, ni les examens directs sur lamelles n'ont révélé la présence de bacilles du charbon.

3° *Inoculations.* — A un premier cobaye, on injecte dans le péritoine un peu de putrilage délayé dans de l'eau stérilisée et, de plus, un peu de liquide séreux recueilli sous les soulèvements épidermiques qui entouraient l'eschare. Ce cobaye a eu une légère élévation thermique et, dans la paroi abdominale, s'est formé un petit abcès qui a guéri en quelques jours. L'examen microscopique y a montré des cocci isolés ou en grappes.

A un deuxième cobaye : injection dans le péritoine de deux centimètres cubes de sang recueilli par des scarifications au voisinage de l'eschare, dans la zone tuméfiée ; il n'a présenté aucun trouble général ni local.

Ces résultats purement négatifs nous permettent d'éliminer l'hypothèse d'une infection charbonneuse.

Depuis la dernière séance, la maladie a continué à évoluer et nous avons craint pendant quelques jours que les progrès de la gangrène de la face ne pussent être arrêtés. Cette seconde partie de cette observation peut être résumée ainsi qu'il suit.

Le 16 novembre. L'eschare n'a pas grandi ; mais autour d'elle, immé-

diatement en dehors du sillon d'élimination, l'épiderme s'est soulevé et forme une bande irrégulièrement circulaire, d'un centimètre de largeur, une sorte de couronne. Sous l'épiderme décollé, il y a un peu de sérosité incolore. En dehors de cette zone, les téguments ont une coloration violacée; leur vitalité paraît compromise; leur sensibilité est obtuse.

Le gonflement augmente d'étendue ; il dépasse actuellement la ligne de cautérisations.

Les autres lésions conservent le même aspect.

Le 17. L'état général, satisfaisant jusqu'à ce moment, s'altère : la température atteint ce soir 39°4 ; l'anorexie est complète. Ce matin, on a injecté 1 centim. et demi d'une solution à 1 1/2 p. 100 d'acide phénique, en sept piqûres. Pansement humide, à l'eau boriquée.

Le 19. Hier et aujourd'hui la température est descendue à 38°2, puis à 37°5, sans exaspération vespérale. Nouvelle injection de la solution phéniquée : 3 centim. en 6 piqûres. Dans la soirée, les urines sont devenues noires.

L'eschare mesure actuellement 6 centim. et demi d'avant en arrière, et 4 centim. de haut en bas. Elle a donc progressivement augmenté d'étendue. Sa partie centrale s'est détachée, et, à la place qu'elle occupait, on voit une surface blanche, formée de détritus putrilagineux. En haut, le processus gangréneux s'est arrêté, l'épiderme décollé s'est exfolié, la coloration des téguments est rosée, d'un bon aspect. Au contraire, en bas et en dedans, ils ont une coloration violacée ; l'épiderme reste décollé, soulevé par de la sérosité ; il n'y a pas de sillon d'élimination, et l'eschare gagne de plus en plus. Le gonflement s'est accru considérablement. En haut, il a gagné la paupière inférieure. En dedans et en bas, il dépasse la symphyse du menton et descend jusqu'au voisinage du sternum et de la clavicule. En arrière, il s'étend au delà de l'apophyse mastoïde.

Les lésions du cuir chevelu persistent dans le même état. En soulevant les croûtelles dont elles sont recouvertes, on trouve une ulcération présentant les mêmes traits que celle qui est située derrière l'oreille : fond blanc formé de putrilage, bords taillés à pic. Ce putrilage, traité par la potasse et examiné au microscope, contient des fibres élastiques.

L'ulcération de la voûte palatine est à peu près guérie ; il en est de même de celle du voile du palais et de celle du thorax.

Le 21. La coloration noire des urines a disparu. Nouvelle injection de 1 centim. de la solution phéniquée, dans la partie postérieure et inférieure de la zone tuméfiée. Un pansement au naphtol camphré est appliqué sur les ulcérations. Il détermine des douleurs assez vives.

Le 22. Le pansement a un peu détergé la plaie ; il est renouvelé. Pourtant la fièvre reparaît, et la température monte à 39°4 le soir ; la malade a eu quelques frissons et des nausées.

Le 23. Même pansement. L'ulcération située derrière l'oreille est en voie de cicatrication : le fond est formé de bourgeons charnus, et les bords se rapprochent. Les ulcérations du cuir chevelu ont subi les mêmes transformations (M. 37°8 ; S. 39°4).

Le 26. La température descend au voisinage de 38°. L'état général est meilleur. L'eschare de la joue droite s'est presque complètement détachée.

Il est à remarquer que cette eschare, malgré son étendue, est toujours restée peu épaisse et n'a guère atteint que le derme. Le gonflement périphérique ne diminue pas.

Le 1er décembre. La plaie, entièrement découverte, est formée de bourgeons charnus roses : elle est en voie de cicatrisation. Le gonflement s'est, en trois jours, énormément amoindri. Les pansements au naphtol camphré, trop irritants et douloureux, sont remplacés par des pansements iodoformés. La lésion rétro-auriculaire est complètement cicatrisée. Les lésions du cuir chevelu sont représentées seulement par de petites croûtelles. La fièvre a complètement disparu ; l'appétit renaît.

Le 4. L'amélioration locale continue ; l'état général est aussi bon que possible.

Le 6. La fièvre s'allume de nouveau ; le malade est atteint d'un érysipèle qui a pour point de départ l'ulcération faciale.

Si nous considérons dans son ensemble l'histoire de cette maladie, l'hypothèse que nous avons émise précédemment d'une tropho-névrose nous paraît de plus en plus vraisemblable.

Le siège unilatéral des lésions, leur circonscription à l'extrémité céphalique, l'envahissement des muqueuses buccale et palatine coïncidant avec celui de la face, du cuir chevelu et du thorax constituent un ensemble de caractères qui n'appartiennent à aucune maladie infectieuse connue.

Au contraire, le zona de tête peut offrir une distribution très analogue. C'est au voisinage de cette affection qu'il faut, selon toute vraisemblance, classer notre fait. Si, en effet, il en diffère par l'absence de douleurs et de vésicules agminées, il s'en rapproche par ses localisations, par la nature de ses altérations et par son évolution.

La gangrène progressive de la face peut être considérée comme une complication qui est venue modifier la physionomie de la maladie en reléguant au second plan les autres manifestations cutanées et muqueuses, en provoquant une réaction fébrile, et en mettant pendant plusieurs jours en danger l'existence de la malade.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Une tropho-névrose analogue au zona peut donner lieu dans une moitié de l'extrémité céphalique, à des mortifications multiples ;*

2° *Elles peuvent occuper simultanément les téguments de la face, du crâne et de l'extrémité supérieure du thorax ainsi que les muqueuses buccale et palatine ;*

3° *Les unes sont purement nécrobiotiques et donnent lieu à la destruction du tissu sans l'intervention de microbes gangrénogènes par un mécanisme analogue à celui qui intervient dans l'anthrax; d'autres se compliquent de gangrène; celle-ci peut*

prendre une extension progressive et constituer ainsi une complication redoutable.

4° La maladie suit une marche cyclique analogue à celle du zona.

5° Les lésions gangréneuses progressives peuvent donner l'idée d'une pustule maligne. Les résultats, négatifs à cet égard, des examens bactériologiques, des cultures et des inoculations prouvent qu'il ne s'agit pas d'une infection charbonneuse (1).

Contribution à l'étude des surdités syphilitiques.

Par M. Hermet.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter occupe le lit n° 19, de la salle Cazenave dans le service de M. Besnier, supplé par M. Darier. L'observation que je résume a été prise in extenso par M. Grésillon, externe du service.

Ce malade âgé de 20 ans n'a aucun antécédent personnel ou héréditaire. Il a contracté la syphilis il y a deux ans. Le chancre était de si petite dimension qu'il ne s'est inquiété qu'après l'apparition de la roséole. Elle a évolué normalement sous l'influence du traitement classique. Trois mois après, il est entré dans le service de M. le professeur Fournier, pour des syphilides cunéiformes agglomérées, situées sur les bras et qui avaient l'aspect de plaques de psoriasis.

Il avait en même temps des syphilides buccales.

Un mois et demi après il sortait guéri.

Ceci se passait en décembre 1893. En janvier 1894 il est pris d'accidents gastriques pour lesquels il vient à la consultation de Saint-Louis.

On lui ordonne du sirop de Gibert. Les accidents persistent, se compliquent même de fièvre intense, de maux de tête, de vertiges avec tendance à la syncope.

Un matin, brusquement, subitement, sans qu'aucun symptôme local antérieur pût le faire prévoir, il s'aperçoit qu'il est complètement sourd et qu'il a de la diplopie.

Il entre à l'hôpital Tenon, sa diplopie disparaît, mais sa surdité persiste et c'est pour elle qu'il vient de nouveau à l'hôpital Saint-Louis. Son acuité auditive est totalement abolie. La montre n'est pas entendue au contact ; la voix articulée même, sur un ton très élevé, n'est pas perçue comme vous pouvez le contrôler; il faut communiquer avec lui au moyen de l'écriture.

L'épreuve du diapason donne des résultats négatifs pour les vibrations

(1) 25 décembre. L'érysipèle a guéri après avoir envahi toute la tête malgré un traitement intensif par l'ichthyol. L'ulcération est en bonne voie de cicatrisation.

aériennes. Elles sont difficilement perçues lorsqu'on l'applique sur les os du crâne.

Voilà donc un malade, qui sans aucun facteur de gravité, sans aucune diathèse, au cours d'une syphilis récente (deux ans) est atteint de surdité totale, avec une rapidité véritablement foudroyante.

Son cas n'est pas unique.

Dans ce même hôpital en avril 1885, dans le service de M. le professeur Fournier, j'ai eu l'occasion d'en observer un analogue.

Une jeune fille de 25 ans, très forte, très robuste, perdit l'ouïe en deux jours, cinq mois après l'accident initial.

Malgré tous les efforts tentés, malgré un traitement général énergique, malgré l'emploi de tous les moyens locaux qui composent notre arsenal thérapeutique, aucune amélioration ne se produisit.

Je la revis quatre ans après en 1889. Elle était aussi sourde qu'à sa sortie de l'hôpital.

Si ces surdités spécifiques à évolution rapide sont relativement communes dans les syphilis anciennes, au cours de la période préataxique du tabes par exemple, dans la syphilis héréditaire, elles sont infiniment rares dans les syphilis récentes, et ne prouveraient-elles une fois de plus qu'en matière de syphilis, toutes les surprises sont possibles, que pour cela seulement elles seraient dignes d'attirer l'attention. C'est cette considération qui m'a déterminé à vous présenter ce malade.

Une question se pose : celle du diagnostic.

Ici, Messieurs, nous allons entrer dans le domaine de l'hypothèse, car en l'état actuel de l'otologie nous ne possédons aucun critérium nous permettant de savoir à quel genre de lésion anatomo-pathologique nous avons à faire.

Tout d'abord il faut exclure des organes qui peuvent être atteints, tout l'appareil transmetteur du son, à savoir : la membrane du tympan, la chaîne des osselets, la trompe d'Eustache. Ils sont soumis à notre investigation directe, et leur examen permet de constater leur intégrité. C'est donc vers les parties profondes de l'organe de l'ouïe qu'il faut diriger nos recherches.

Trois hypothèses doivent être discutées : La cause de cette surdité peut résider :

1° Dans les centres nerveux ;

2° Sur le trajet du nerf auditif ;

3° Dans l'oreille interne.

Peut-on, en l'espèce, admettre une lésion centrale ? Je ne le crois pas.

Je sais bien que M. le Dr. Barthélemy a publié l'observation d'une jeune femme, atteinte de syphilis cérébrale, devenue rapidement

sourde et à l'autopsie de laquelle il a trouvé toute une série de petits foyers d'encéphalite, disséminés dans la région antérieure du cerveau. Seulement dans le cas qui nous occupe, il faudrait supposer une lésion centrale spécifique occupant le quatrième ventricule, limitée au point d'émergence du nerf auditif; et restant près d'une année sans amener de lésion de voisinage ou de répercussions périphériques consécutives.

Je ne crois pas la chose possible.

Dans son livre sur la *syphilis du cerveau*, M. le professeur Fournier parlant des réactions de voisinage qu'exercent sur les nerfs les gommes cérébrales, cite une observation de M. Hérard où une tumeur gommeuse du volume d'un œuf de pigeon occupant la protubérance et s'irradiant sur le pédoncule cérébelleux moyen comprimait : le pathétique, l'auditif, le moteur oculaire externe et le trijumeau du côté gauche. Notre malade ne présente aucun autre symptôme que la surdité et est-il admissible qu'une lésion de cet ordre puisse exister en limitant ses ravages au nerf auditif seul ?

On peut donc, je pense, rejeter l'hypothèse d'une lésion centrale.

Passons à celle d'une lésion du nerf.

A-t-on affaire à une gomme ayant son siège sur le trajet de l'auditif? C'est possible, mais nous n'avons aucun moyen de contrôle.

Est-ce une dégénérescence du nerf? C'est peu probable, car les cas de ce genre publiés par Erb et Wermicke, se rapportaient tous à des syphilis graves et anciennes. De plus, si on établit un parallèle entre l'atrophie du nerf optique qu'on connaît mieux, et celle de l'auditif, il faut reconnaître que la marche de cette affection n'a pas la spontanéité foudroyante que nous constatons chez notre malade.

Reste l'hypothèse d'une syphilis de l'oreille interne.

Moos a publié dans les *Archives de pathologie de et physiologie* une observation qui jette un peu de clarté sur cette question si obscure des surdités syphilitiques.

La voici résumée:

Un malade atteint de syphilis secondaire, fut pris subitement de vertiges et de bourdonnements avec douleurs crâniennes ostéocopes.

L'abolition de l'ouïe fut très rapide, (elle survint en six jours). L'oreille moyenne et l'oreille externe étaient intactes.

Le malade succomba à une affection intercurrente.

L'autopsie fut pratiquée et Moos constata dans l'oreille interne les altérations suivantes : le périoste vestibulaire était légèrement épaissi ; le tissu cellulaire qui se trouve entre la paroi osseuse du vestibule, et la paroi membraneuse était hypertrophié et infiltré de petites cellules. Cette infiltration cellulaire se retrouvait dans le périoste de la lame spirale osseuse, et dans toutes les portions de la lame spirale membraneuse, mais plus

particulièrement marquée dans l'organe de Corti, dont il était impossible de distinguer les éléments.

Le tronc du nerf auditif n'était pas altéré.

Nous trouvons-nous chez ce malade en présence d'une lésion de ce genre? Nous ne pouvons que le supposer.

Vous voyez, Messieurs que les diagnostics que nous pouvons faire sont tous hypothétiques. Aussi en appelant votre attention sur ce cas, mon intention n'était pas de chercher le siège ou la nature d'une lésion qu'ilest impossible en l'espèce d'établir nettement, mais bien de montrer une fois de plus que la syphilis peut exercer des ravages foudroyants sur l'organe auditif.

M. Barthélemy. — La communication de M. Hermet offre l'intérêt qui s'attache à toutes les *manifestations directes* de l'infection syphilitique sur tel ou tel organe spécial à l'exclusion de tout autre. C'est pour cela qu'on ne saurait trop le remercier, ainsi que nos collègues spécialistes, de nous faire connaître les faits de leur observation qui sont relatifs à la syphilis.

Outre les surdités d'origine tertiaire, il y a les cas de surdité précoce, à l'exclusion d'autres symptômes, sans que pourtant l'examen direct de l'oreille vienne éclairer sur la cause. Par analogie, on peut penser qu'une oblitération vasculaire s'est faite en un point spécial du cerveau et qu'une destruction fonctionnelle, totale, bien que très limitée, en a été la conséquence. Ce qui porte à le croire, c'est une guérison que j'ai obtenue, dans un cas analogue, au bout de dix-huit mois, par des séries de frictions mercurielles. Peut-être serait-ce maintenant une indication des injections de préparations mercurielles insolubles. Mais les lésions de cet ordre, comme le dit M. Hermet, sont impossibles à contrôler.

Ce que je veux dire maintenant se rapporte aux cas de surdité qui ne relèvent pas directement de l'infection syphilitique. Je me souviens d'avoir vu un malade qui était devenu subitement et complètement sourd au moment où on lui avait annoncé qu'il était atteint de syphilis. La surdité dura plus d'un an absolument complète et disparut aussi rapidement qu'elle s'était produite. Ce cas rentre dans la catégorie des surdités d'origine hystérique et peut-être d'hystéro-syphilis. J'ai d'ailleurs observé un cas, publié dans la *Semaine médicale*, presque analogue sur un jeune homme hystérique non syphilitique.

Un autre fait de troubles auditifs indirectement liés à la syphilis est celui d'un malade atteint de syphilis cérébrale (forme épileptique) et qui présente à titre d'une aura particulière une surdité presque complète pendant les huit ou dix jours qui précèdent son attaque. Quand celle-ci a eu lieu, l'audition redevient normale pendant plusieurs mois.

M. Fournier. — Des cas analogues de surdité subite existent-ils dans d'autres maladies que la syphilis ?

M. Hermet. — On peut en observer dans l'hystérie. Je me souviens d'un malade atteint de surdité subite, qui recouvra l'ouïe après une seule

douche froide. En ce qui concerne les cas rapportés par M. Barthélemy, l'examen complet des oreilles permettrait seul d'affirmer la nature spécifique des lésions. Quant au pronostic de ces surdités syphilitiques précoces il me paraît très grave, car après 95 à 98 injections de pilocarpine je n'ai obtenu aucun résultat.

M. Fournier. — Ces surdités subites sont de nature syphilitique ou de nature hystérique. Il faut donc, en présence de cas semblables, rechercher les stigmates de cette névrose. Réserve fait des cas où l'hystérie serait mono-symptomatique, ces surdités bilatérales, *foudroyantes*, relèvent donc de la vérole. Ainsi la malignité de la syphilis peut s'étendre à tous les organes. Il y a vingt ou trente ans, on croyait qu'elle ne s'attaquait qu'à la peau. Puis on a reconnu l'existence de la syphilis cérébrale précoce, de la syphilis maligne hépatique qui peut entraîner la mort par ictère grave dès les premiers mois de l'infection, de la syphilis maligne rénale, etc. Les faits qui viennent d'être signalés montrent qu'il faut aussi décrire une *syphilis maligne* auriculaire.

Kératodermie symétrique des extrémités, congénitale et héréditaire

Par M. L. Bassaget.

Ernest Sch..., âgé de 53 ans, tourneur en cuivre, entre, le 30 novembre 1894, dans le service de notre éminent maître M. le Dr Besnier. Il présente un épaississement très prononcé de la couche cornée de l'épiderme à la paume des mains et à la plante des pieds. Cette affection est congénitale, et le malade, interrogé sur ses ascendants et son entourage, nous donne certains détails assez complets mais qui sont loin d'atteindre le degré de précision que nous aurions souhaité.

Les souvenirs de Sch... s'arrêtent à son grand-père paternel qui n'aurait rien offert de particulier au point de vue cutané ou nerveux. La tradition de la famille attribue, en effet, l'origine de l'affection à une vive frayeur qu'aurait éprouvée la grand'mère du malade.

Quoi qu'il en soit, la lésion s'est présentée pour la première fois chez Jean Sch..., père du malade, dans les mêmes régions et à un degré aussi accusé que chez ce dernier. Jean Sch..., est mort subitement, en 1862 ; il ne présentait, paraît-il, aucun caractère marqué de nervosisme.

Une sœur cadette de Jean, morte également, était atteinte de la même affection que son frère aîné.

La mère du malade est morte en 1863, hémiplégique du côté droit, à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous n'avons rien noté de particulier, au point de vue cutané, pas plus chez elle et que chez les ascendants et les collatéraux du côté maternel.

Parmi les cinq enfants de Jean Sch..., une sœur cadette du malade est morte aliénée, en 1890, à l'Asile départemental de Vaucluse, après un séjour de vingt-cinq ans à la Salpêtrière. Elle n'offrait d'autre affection

cutanée qu'un eczéma de la jambe droite. Trois frères aînés sont morts en bas âge, après avoir présenté la lésion épidermique du malade.

Ces renseignements sont les seuls que j'ai pu recueillir sur la famille de Sch... Il a des oncles et des neveux du côté maternel, actuellement vivants et habitant la Lorraine, lieu d'origine de ses parents. Il n'a jamais eu de rapports avec ces membres de sa famille et n'a pu, par conséquent, me fournir aucun renseignement à leur sujet.

Ernest Sch... est bien portant. Il n'a pas eu de maladie générale, il n'a jamais été atteint d'une autre affection cutanée que celle pour laquelle il est entré dans le service. Il ne présente rien de particulier au point de vue nerveux; on ne trouve pas de modifications de la sensibilité à la chaleur et à la piqûre sur les parties du corps non malades; les réflexes ne sont pas modifiés (exagération ou diminution). On note seulement un peu d'éthylisme et des troubles gastriques inhérents à sa profession. Pas d'albumine dans les urines.

Il est marié depuis trente ans, avec une femme qui n'offre rien à signaler au point de vue cutané. Il a eu neuf enfants dont deux, encore vivants, n'ont pas d'enfants et ne présentent aucune lésion épidermique. Parmi les sept autres enfants, tous morts en bas âge, l'un, une fille cadette, présentait à sa naissance la même lésion épidermique que son père.

Le malade a fait, il y a huit ans, un premier séjour à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Besnier, pendant les mois de juin et juillet 1886. Le moulage de la peau de la main (droite) et de la plante du pied (gauche) a été exécuté à cette époque par M. Baretta. Il est inscrit sous le n° 1173 du catalogue du musée de l'hôpital.

L'affection pour laquelle le malade est entré à nouveau dans le service est nettement circonscrite à la face palmaire et plantaire; elle est congénitale, héréditaire, et absolument indépendante de toute manifestation cutanée antérieure ou actuelle. Elle ne s'accompagne pas d'ichtyose ou de kératose pilaire; le reste de la peau est normal dans toutes les autres régions du corps. On ne trouve d'autres manifestations tégumentaires accessoires que quelques petits nævi pigmentaires disséminés sur le tronc.

La lésion se présente sous la forme d'amas épidermiques d'épaisseur et de densité un peu variables suivant les régions, et se correspondant sur chaque membre, tant au point de vue du siège que de l'intensité, avec une symétrie presque parfaite. Cette callosité épidermique offre nettement, dans presque toute son étendue, l'aspect d'une mosaïque dont les éléments petits, de forme et d'étendue variables, sont limités par des fissures plus ou moins larges et plus ou moins profondes. Ces éléments offrent des bords irréguliers, anfractueux; leur superficie ne dépasse pas celle de quelques millimètres. Chacun d'eux peut être isolé, en déterminant par des pressions latérales l'écartement des parois des fissures qui les limitent. Le champ de chacun de ces éléments est très régulièrement parcouru par les sillons épidermiques qui se continuent sans interruption, en passant d'un élément sur l'autre. Ces sillons, très apparents en certains points, sont presque effacés dans les parties soumises à des pressions continuelles. Dans ces régions, l'épiderme est très doux, usé, comme poli; l'aspect en est brillant, contraste par l'éclat et le palper avec la rudesse

du tégument dans les autres points. Les fissures épidermiques qui serpentent entre les éléments de la mosaïque ont une profondeur qui, correspondant à l'épaisseur de la couche cornée, varie nécessairement avec la saillie de cette couche. Leur largeur offre aussi des différences : dans les points soumis à une pression prolongée, ces fissures sont linéaires et leurs parois sont exactement adossées; dans toutes les autres régions, elles restent béantes et présentent un écartement de 1 millim. et même davantage. Ces fissures sont indépendantes des plis articulaires qu'elles coupent parfois transversalement. Les plis articulaires, surtout dans les parties centrales et celles non soumises à des pressions, sont très élargis, un peu effacés et comme comblés. Au niveau des articulations phalangiennes, ces plis sont plus profonds, plus marqués et moins effacés.

La lésion est habituellement indolore, lorsqu'elle n'est pas irritée par la pression de corps pesants. L'épaisissement épidermique est absolument superficiel, n'occupant que la couche cornée. Lorsque l'on arrache un petit fragment de la lésion, on ne peut le faire sans provoquer une certaine douleur, et l'on trouve au-dessous une surface rouge, saignante, avec un peu d'hypertrophie des papilles. Les lésions ont un aspect corné, une coloration jaune sale, tirant sur le gris, sauf à la paume de la main où l'on trouve une teinte verdâtre, artificielle. La consistance de la peau est dure, elle est sèche, coriace ou cassante, lisse en certains points. La sensibilité tactile est conservée mais très émoussée : le malade jouit pourtant d'un degré d'appréciation marqué au point de vue des diverses sensations tactiles que l'on lui fait éprouver. La sensibilité à la douleur est naturellement nulle dans tous les points de la couche cornée que l'on peut limer et sectionner sans rien faire éprouver au malade. La sensibilité thermique est également très obtuse; nulle lorsqu'il s'agit que d'une différence de quelques degrés, elle est très lente dans tous les autres cas, même lorsque l'on expérimente à l'aide de températures extrêmement opposées. La sensibilité, aux trois points de vue du tact, de la douleur et de la chaleur, est beaucoup plus accentuée dans le fond des fissures épidermiques où le derme est protégé par une couche cornée très mince.

L'épaississement de l'épiderme a augmenté depuis l'enfance, avec l'âge. Autant que le malade a pu l'observer, et comme le démontre la comparaison de son état actuel avec les pièces du musée, la lésion est demeurée stationnaire depuis longtemps (depuis l'âge de 25 à 30 ans environ, au dire du sujet). L'affection n'est pas plus accentuée en hiver qu'en été, et les variations athmosphériques paraissent n'avoir aucune influence sur elle. La sécrétion sudorale est parfaitement conservée; on note même une hypersécrétion très accusée en été aux mains et aux pieds. N'oublions pas de signaler un état d'algidité assez marqué aux extrémités.

Aux mains les lésions occupent la *totalité* de la face palmaire, sans que l'on constate un seul ilôt de réserve. Elles empiètent également, au-dessous de l'éminence hypothénar, de 1 centim. à 1 centim. et demi sur le poignet, en suivant une ligne très oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elles se prolongent de 1 centim. environ sur le bord interne de la paume et du petit doigt, et d'un demi-centim. sur le bord externe de la main, le pouce et l'index. L'épaisseur de la couche cornée est beaucoup

plus manifeste sur tous les points soumis à la pression : éminences thénar et hypothénar, partie centrale des phalanges. Cette épaisseur, variable suivant les points, oscille entre 1 millim. et 2 millim. L'aspect de la paume de la main, coupée en tous les sens par les fissures et les sillons épidermiques, peut être comparé à celui qu'offrirait une masse rocheuse basaltique dont on aurait fait par imagination la section horizontale.

Il y avait à déterminer si la couche kératosique était plus épaisse à la main droite qu'à la gauche. Le malade se servant, pour l'exercice de son métier, autant de l'une que de l'autre main, tout élément de différenciation paraît manquer. En effet les lésions semblent aussi accentuées à droite qu'à gauche ; néanmoins on trouve, dans chaque main, des différences assez notables entre différentes régions. Dans les points soumis à la pression de l'outil (éminence hypothénar à gauche, éminence thénar à droite) la couche cornée est plus dense, plus compacte, moins fissurée, lisse et comme polie.

Les mouvements de flexion des différentes parties de la main sont gênées et limitées par l'obstacle mécanique qu'apporte à leur parfait accomplissement l'épaisseur de la couche cornée. Les mouvements d'extension sont normaux.

Les bords de la lésion sont en général très nettement accusés, surtout à la limite du poignet et sur les bords externes (par rapport à l'axe de la main) des éminences thénar et hypothénar. Dans les autres points les limites sont moins accusées et il y a une sorte de zone périphérique de 1 centim. et demi environ où la lésion va en décroissant d'épaisseur jusqu'à celle de la peau normale. Sur les confins de la couche kératosique existe une très fine bordure érythémateuse dont la teinte est un peu plus accusée à la racine du poignet et sur les contours de l'éminence thénar.

La couche cornée offre, à la main, une teinte verdâtre particulière due à l'accumulation lente de parcelles du métal que le malade manie journellement. Cette teinte se retrouve parfaitement, à six ans d'intervalle, sur le moulage du musée. Elle démontre l'imprégnation facile, par des poussières étrangères, de la couche kératosique.

Les fissures que nous avons signalées dans l'épaisseur de l'épiderme deviennent douloureuses lorsqu'elles arrivent à intéresser le derme. Après un travail actif, ou en hiver, le fond de ces fissures s'ulcère superficiellement et contraint le malade au repos. Le derme est toujours un peu sensible, comme le démontre la douleur qu'éprouve le sujet lorsqu'il essaye de serrer un objet un peu fortement. Il en résulte que cette affection rend Sch... malhabile au point de vue professionnel. Cependant, grâce à certains artifices qui lui sont particuliers dans le maniement de ses outils, il est arrivé à exécuter à peu près tous les travaux que comporte l'exercice de son métier. En cela notre malade diffère de celui signalé par M. le Dr Besnier, malade qui, malgré sa kératodermie, ne laissait pas d'être un très habile ouvrier.

La face dorsale des mains présente une altération kératosique circonscrite. On trouve, symétriquement, une petite callosité, peu épaisse, allongée transversalement et du diamètre d'une pièce de vingt centimes, au niveau de la tête des deuxième et troisième métacarpiens. Aux doigts, la face

dorsale des phalanges ne présente rien de particulier. Les doigts offrent des déformations sur leurs faces latérales qui sont irrégulières et dont la symétrie est rompue par des callosités isolées assez épaisses, surélevées, légèrement excavées au centre, allongées obliquement dans le sens antéro-postérieur, et situées au niveau des articulations phalangiennes. Des callosités sont situées à peu près symétriquement, dans chaque main- sur les faces latérales des doigts, surtout à l'annulaire et au médius. La face dorsale des phalangines et des phalangettes est envahie. La limite de cet envahissement est constituée par une ligne oblique de dedans en dehors, laissant indemne la partie centrale des phalangines dans leurs deux tiers inférieurs. Sur les phalangettes la lésion forme, à chacune d'elles, comme une sorte de doigtier, à base triangulaire dont le sommet regarderait l'ongle. L'altération kératosique est ici peu marquée ; elle domine davantage à l'extrémité de l'index. On trouve sur l'étendue de chaque phalangette, plusieurs fissures parallèles, assez marquées, à bords irréguliers, allongées dans le sens transversal. La face dorsale des pouces est peu atteinte.

Dans les espaces interdigitaux on retrouve également la kératodermie, mais à un degré peu accusé, sauf entre le pouce et l'index.

Les ongles ne tombent pas. Ils sont lisses, brillants, sans stries ni pointillé, et de coloration normale. La matrice est épaissie, leur extrémité est légèrement incurvée.

Les dents n'offrent aucune déformation ; elles sont simplement usées. On y remarque, accessoirement, un bel exemple de liseré gingival, verdâtre, particulier aux ouvriers en cuivre, avec légère ulcération du bord alvéolaire des gencives. Les cheveux et les poils ne présentent rien de particulier.

Aux pieds l'affection se présente avec les mêmes caractères généraux qu'aux mains. L'épaisseur de la couche cornée dépasse celle de la face palmaire. Elle atteint, sur le bord interne du pied, à la base du gros orteil, au talon, et dans tous les points soumis à la pression, une épaisseur de plus d'un centimètre. La lésion occupe également toute l'étendue de la face plantaire, sans îlots de peau saine. Elle empiète sur le bord interne, au niveau du talon, de deux à trois centimètres et demi sur les parties latérales. Sur le bord interne du pied la lésion est plus nettement circonscrite à la face plantaire ; elle n'envahit que très peu la face dorsale du pied. Le pourtour des lésions est marqué par une bordure érythémateuse très apparente de huit millimètres de largeur. Les bords de la lésion, surtout au niveau des orteils et du talon, sont nets, comme coupés par un instrument tranchant.

La face dorsale du pied est plus respectée que celle des mains. On y trouve également, mais à un degré moindre qu'aux doigts, de l'épaississement de l'épiderme au niveau des deux dernières phalanges des orteils. L'extrémité des orteils est élargie. Les espaces interdigitaux sont presque entièrement envahis par la lésion, qui occupe surtout la totalité du bord interne du petit orteil qui est gros, épaissi, et la presque totalité du bord externe des dernières phalanges. Sur le bord du petit orteil la lésion apparaît comme coupée nettement.

Les ongles des orteils sont ternes, décolorés, striés dans le sens antéro-postérieur. L'incurvation de leur extrémité libre est plus manifeste qu'aux doigts.

Le malade n'a jamais fait d'autre traitement que d'user les parties cornées à la meule et à la pierre ponce, sans résultat durable. Pendant son premier séjour à l'hôpital on a essayé pendant huit jours l'emploi d'une pommade salicylée. Le peu de durée du traitement n'a pas permis d'en apprécier la valeur.

M. Hallopeau. — Il serait intéressant de rechercher s'il existe une relation entre cette kératodermie et les glandes sudoripares.

M. Besnier. — Ce qui m'a engagé à faire présenter ce malade, c'est que le caractère héréditaire de cette malformation est ici des plus évidents.

Note sur un cas d'ichtyose kératosique avec séborrhée.

Par MM. E. Dupré et Mosny.

Le malade est un breton du Finistère, âgé de 23 ans, atteint depuis l'âge de 3 mois des lésions actuelles. Celles-ci se présentent sous l'aspect de productions cornées exubérantes occupant les mains et les pieds dont les proportions monstrueuses attirent tout d'abord l'attention.

Limitées aux faces palmaire et plantaire des extrémités, sauf au niveau des doigts où elles occupent également les faces dorsales des phalanges, phalangines et phalangettes, les lésions sont, à la paume des mains, constituées par un faisceau touffu de tiges cornées résistantes, gris jaunâtre, sèches et régulièrement prismatiques, longues de 6 à 9 centimètres, imbriquées à leur partie inférieure et dont l'implantation massive, sur les régions palmo-plantaires, masque le substratum commun de la prolifération kératosique. Aux pieds, les cornes tassées par la pression sont moins longues et plus larges. Aux limites des régions malades, la peau présente un aspect de mosaïque grisâtre, irrégulière, formée par la juxtaposition cohérente de petits plateaux cornés, séparés par des sillons entre-croisés, qui représentent un stade moins avancé de la lésion épidermique ; une bordure érythémateuse de quelques millimètres établit la transition entre les parties saines et malades. Certains îlots de la même lésion existent sur les membres, aux régions olécrânienne et rotulienne, et à la face au niveau des lèvres qui sont crevassées, fissurées, et présentent des points d'hypertrophie papillomateuse. La muqueuse palatine offre des lésions analogues moins accentuées. Le cuir chevelu, presque entièrement chauve, rappelle, sans poils moniliformes bien apparents, l'aspect des alopécies congénitales de l'aplasie moniliforme (Sabouraud).

Le reste des téguments est le siège d'une altération diffuse prédominante à la face d'extension, dont l'aspect rappelle celui de la peau ichtyosique décapée. On observe, dans les plis de flexion, des concrétions sébacées.

Pas de lésions viscérales ni de symptômes nerveux à signaler ; l'intelligence est suffisante. Les avant-bras atteints, à cause des lésions, d'impotence fonctionnelle, présentent de l'amyotrophie.

Aucune hérédité ascendante ou collatérale n'est à relever chez le malade.

Les coupes pratiquées sur un fragment prélevé au niveau de la tabatière anatomique, à la limite des lésions, dénote une hypertrophie générale de toutes les couches de la peau : la couche muqueuse de Malpighi est extrêmement étroite ; la couche granuleuse et surtout la couche cornée sont, au contraire, fort épaissies. Les papilles sont énormément accrues. On observe principalement autour des glandes et des vaisseaux de l'hypertrophie et de l'hyperplasie des éléments conjonctifs et surtout élastiques du derme. Les recherches bactériologiques sont demeurées négatives.

Il semble donc s'agir, dans ce cas fort intéressant et fort rare, d'une lésion congénitale de la peau, d'ordre ichtyosique (ichtyose hystrix des Allemands), d'apparence kératosique et dont certains aspects rappellent les nœvi verruqueux congénitaux.

M. Fournier. — Quel est l'état intellectuel de ce malade ?

M. Dupré. — Il est assez difficile de répondre à cette question. Cet individu ne sait pas un mot de français, mais il paraît s'exprimer avec facilité dans sa langue maternelle. La chute presque complète des cheveux peut être rapportée à une alopécie post-favique.

M. Besnier. — Je ne crois pas que cette alopécie appartienne au favus.

M. Fournier. — Je suis de l'avis de M. Besnier. Je pense que l'intellect de ce malade est peu développé.

M. Dupré. — Autant qu'on en peut juger, l'intelligence de cet individu est normale.

M. Brocq. — Je ferai remarquer que les lésions sont généralisées à tout le tégument. Des altérations rappelant la kératose pilaire sont disséminées sur la face externe des bras et des avant-bras ainsi que sur le cuir chevelu. Des lésions séborrhéiques occupent aussi le dos et la tête. Il s'agit donc peut-être d'un processus général sous la dépendance de la kératose pilaire et de l'ichtyose.

M. Besnier. — Quel est l'état de la fonction sudorale ?

M. Mosny. — Le malade a ordinairement la peau sèche.

M. Darier. — Je ferai remarquer que la kératodermie occupe aussi le pourtour des lèvres.

Tuberculose linguale et glossite dentaire.

Par M. Mendel.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade atteint de tuberculose linguale ; la lésion en est assez caractéristique, et n'offre un intérêt particulier que par son mode de début.

Ce malade. âgé de 27 ans, ne paraît pas avoir eu la syphilis ; en revanche, il présente à l'auscultation des signes nets de tuberculose pulmonaire.

Depuis assez longtemps, à l'occasion d'excès de tabac ou d'alcool, il ressentait au siège de la lésion actuelle une légère irritation, suivie de petites ulcérations qui ne tendaient pas à se cicatricer. Il y a un mois environ, l'ulcération habituelle ne guérit pas, s'agrandit et s'accompagna d'un engorgement ganglionnaire considérable. Il entra alors dans le service du professeur Fournier, et nous pûmes constater sur la partie moyenne du bord gauche de la langue la présence d'une ulcération plate du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, à fond rouge, à bords légèrement décollés, et, point important, reposant sur une base indurée. Cette ulcération s'accompagnait d'une véritable tumeur ganglionnaire, de la grosseur d'une forte mandarine, située sur la partie moyenne de la face latérale correspondante du cou. Nous pensâmes alors à un chancre syphilitique de la langue dont cette ulcération présentait les principaux caractères.

Cependant, le malade fit remarquer lui-même que si la langue était douloureuse, notamment pendant la mastication, ses douleurs étaient surtout déterminées par le contact avec la première grosse molaire qui présentait en effet un tubercule saillant.

Cette dent fut limée, et le malade se trouva soulagé. L'ulcération changea alors de caractère : elle sembla se réparer, mais bientôt elle s'agrandit, se combla et prit les caractères qu'elle présente encore aujourd'hui. Elle a actuellement les dimensions d'une pièce de deux francs, elle est grisâtre et entourée de ces petits nodules blanc jaunâtre sur lesquels Trélat a appelé l'attention. Sa base est encore indurée, probablement en raison de l'irritation dentaire antérieure. La tumeur ganglionnaire a actuellement diminué de moitié.

Nous sommes donc en présence d'une ulcération tuberculeuse de la langue, appelée vraisemblablement par une irritation dentaire prolongée.

M. Fournier. — Le diagnostic est actuellement facile ; il n'en était pas de même lors de notre premier examen, car les points jaunes de Trélat ne sont visibles que depuis une quinzaine de jours. D'ordinaire l'ulcération tuberculeuse repose sur une base souple, ce qui la distingue des lésions qui peuvent la simuler ; ici la base était presque cartilagineuse, comme dans le chancre syphilitique de la langue. Je crois que chez ce malade

il y a superposition de deux éléments morbides. Les dents en mauvais état ont lacéré la langue par leurs arêtes, et sur des érosions s'est greffé ultérieurement le bacille de la tuberculose.

Gangrène de la langue, très problablement d'origine syphilitique.

Par M. Mendel.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est entré dans le service de M. le professeur Fournier, le 24 novembre dernier, dans un état dont sa situation actuelle ne peut donner une idée.

A ce moment, la langue, quoique entièrement contenue dans la cavité buccale, était énorme ; son tiers antérieur tout entier était verdâtre et comme recouvert d'un enduit épais ; cette portion qu'on aurait pu croire dure et résistante était au contraire mollasse, et le doigt y pénétrait facilement ; il n'y avait pas d'infiltration ganglionnaire. Le malade n'était nullement cachectique, quoique depuis de longs mois son alimentation eût été notablement entravée.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, la portion sphacélée de la langue se détacha spontanément sous forme de détritus verdâtres, et la partie vivante prit absolument l'aspect d'une surface d'amputation de l'organe lingual.

Tel est l'état dans lequel se présente aujourd'hui le malade. La surface de séparation de la partie vive et de la partie sphacélée est en voie de réparation. Le fond est couleur chair musculaire, les bords un peu épais ne sont nullement décollés, le frein de la langue — ou ce qu'il en reste — est appliqué et soudé contre ce moignon lingual ; la gencive dépourvue de dents en est entièrement séparée.

Le malade se sent considérablement soulagé quoique la parole soit fort difficile et que la salive s'écoule constamment et ne puisse être déglutie par le fonctionnement régulier de la langue.

Dans ces conditions, le diagnostic était fort délicat, et deux opinions paraissaient soutenables : l'épithélioma et une gomme phagédénique. En scrutant l'histoire du malade, nous sommes arrivé à une quasi-certitude en faveur de la syphilis. Notre malade est âgé de 55 ans ; il a eu un chancre en 1882 ; ce chancre aurait guéri en huit jours. En 1885, soit seulement trois ans après l'accident primitif, il y eut une véritable éruption de plaques muqueuses linguales, éruption qui se reproduisit fréquemment dans les quatre années suivantes, en raison des excès de tabac de ce malade qui fumait régulièrement vingt à trente cigarettes par jour. Le traitement spécifique fut fort léger : le malade n'aurait prit de pilules mercurielles que pendant un mois.

Néanmoins, tout se passe bien jusqu'en octobre 1893. A ce moment apparut sur le tiers antérieur de la langue une ulcération un peu creuse qui augmenta progressivement en surface et en profondeur. En même temps

se développaient dans l'épaisseur de l'organe, et notamment sur les bords, des nodules durs ; la langue était comme farcie de noyaux de cerises. Ce n'est qu'au bout d'un an que le processus gangreneux a commencé.

Au début seulement de l'affection existaient dans les deux régions sous-maxillaires de petis ganglions tuméfiés et roulant sous le doigt. Ces ganglions ne tardèrent pas à disparaître; aujourd'hui, il n'y en a plus trace.

Le malade n'a jamais eu de douleurs spontanées, si ce n'est un picotemen tinsignifiant ; au contraire la mastication était devenue fort pénible. Il n'y a pas eu d'otalgie, symptôme sur lequel on a insisté dans l'épithélioma de la langue ; pas davantage d'écoulement sanguin notable. Enfin, pendant toute la durée de la maladie, sauf pendant la période sphacélique de ces derniers temps, il n'y a eu aucune fétidité.

Si j'ai insisté sur ces symptômes négatifs, c'est afin de bien faire ressortir les différences qui existent entre ce cas et les observations d'épithélioma qu'on pourrait lui comparer.

Dans l'épithélioma, en effet, on constate un engorgement ganglionnaire presque constant et qui ne manquerait certes pas à la période actuelle, des douleurs spontanées et irradiées dans les oreilles, des hémorragies, une fétidité horrible.

La chute par sphacèle de la région malade a pu être constatée dans de rares cas d'épithélioma ; mais alors la surface de section présentait un aspect de mauvaise nature, bourgeonnant, sanieux, ulcéré, et sans tendance à la réparation comme dans notre cas.

En conséquence, sans pouvoir affirmer catégoriquement la syphilis, puisque les gommes phagédéniques linguales de cette importance sont exceptionnelles — si l'on en a jamais observé ! — nous croyons pouvoir adopter l'idée de la vérole comme la plus vraisemblable et la plus probable.

Le traitement de l'affection actuelle a été presque nul jusqu'en septembre dernier, où le malade, s'étant présenté à l'hôpital Ricord, on lui prescrivit des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium.

Depuis son entrée à l'hôpital Saint-Louis, notre malade prend par jour 6 grammes d'iodure de potassium.

M. Fournier. — Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est la terminaison par gangrène. Lors de mon premier examen, la langue était volumineuse, absolument verte, et ma première impression fut qu'il s'agissait d'un épithélioma. Grande a été ma surprise, quand mon doigt, au lieu de rencontrer une surface dure comme de la pierre, entra dans un magma de consistance molle. Après la chute de la partie sphacélée, la surface ulcérée a bourgeonné comme une plaie de bonne nature, mais la perte de substance consécutive à la gangrène est considérable.

Tuberculose cutanée probable.

Par M. L. Wickham.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre sur le tronc une dizaine de placards érythémateux superficiels à contours circinés.

Dans ces placards se trouvent disséminées sans ordre, surtout au centre, des ulcérations nombreuses.

Ces lésions remontent à quinze mois. Dans les antécédents on ne trouve ni syphilis, ni tuberculose.

L'étude histologique et bactériologique n'a point encore été suffisamment faite pour permettre la discussion diagnostique définitive de cette affection. C'est donc surtout à titre de curiosité clinique que je présente ce malade. Le mois prochain je mettrai la Société au courant des nouvelles recherches qui auront été faites.

Au point de vue clinique pur, il est bien difficile de se prononcer.

Il ne semble pas que l'on doive s'en tenir à la syphilis ; les ulcérations centrales avec intégrité relative des bords ne sont point le fait de la syphilis.

La tuberculose cutanée est plus probable, et, en raison du caractère des lésions du cuir chevelu et des joues, on pourrait penser à une variété de lupus érythémateux, mais combien modifiée et anormale !

Des expériences ont été faites au point de vue de la morve ; mais elles n'ont pas encore abouti.

Il faut tenir compte du fait que le malade à son entrée présentait le spectacle d'une sordidité inouïe, et sous son pansement, fait avec du papier Fayart (papier irritant), il y avait de véritables lacs de pus, et une quantité considérable de petites pustulettes autour des placards.

Je ne crois pas, après examen de la sensibilité, qu'il faille penser au diagnostic de syringo-myélie.

M. Sabouraud. — Les recherches que j'ai entreprises pour déterminer la nature de l'affection qu'offre le malade de M. Wickham sont encore trop récentes pour me permettre de poser des conclusions fermes. L'hypothèse du farcin me paraissant plausible, j'ai fait il y a quelques jours une inoculation intrapéritonéale sur un cobaye : je n'ai pas obtenu de résultat, mais il faut attendre avant de se prononcer. L'examen histologique ne m'a montré ni follicules tuberculeux, ni nodules syphilitiques.

M. Jacquet. — Les ulcérations de cet homme me rappellent un malade dont le moulage est au musée. A l'autopsie, j'ai trouvé une cavité dans la moelle. L'existence d'une scoliose chez le malade de M. Wickham est encore un argument en faveur du diagnostic de syringo-myélie.

M. du Castel. — Je crois qu'il faut d'abord faire un nettoyage complet de la peau, afin de savoir si cette affection est pustuleuse et d'origine externe, ou bulbeuse et d'origine interne. Dans ce dernier cas, j'inclinerais vers l'hypothèse d'une lésion nerveuse.

M. Sabouraud. — La malpropreté n'est pas la cause de la suppuration, car les parties malades ne contiennent que peu de microbes pyogènes.

M. Hallopeau. — J'accepte le diagnostic de tuberculose cutanée.

M. Feulard. — Je rappelle qu'en 1889, à l'une des séances des *Jeudis*, M. le professeur Fournier a présenté une petite malade de son service, malade dont voici d'ailleurs le moulage (Musée, collect. générale, n° 1418), et qui présentait sur la poitrine et le dos de grandes ulcérations absolument analogues à celles de ce malade. Cette petite malade est morte peu de temps après, de tuberculose viscérale.

M. Fournier. — J'ai d'abord été séduit par le diagnostic de syphilis. En plusieurs points, la lésion cutanée affectait la forme d'arcades orbiculaires, cycliques, presque géométriques. L'usage du traitement spécifique n'a été suivi d'aucune amélioration. J'ajoute que les plaques situées sur le cuir chevelu ressemblent tout à fait à celles du lupus érythémateux.

Lupus érythémateux symétrique des mains.

Par MM. Gaucher et Barbe.

L'observation de la malade que nous avons l'honneur de vous présenter vient s'ajouter aux faits déjà nombreux qui plaident en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

X..., âgée de 36 ans, a vu survenir il y a deux ans l'éruption qu'elle présente actuellement aux mains. Cette éruption fut précédée, pendant une année environ, de l'apparition, sur la face dorsale de la main droite, de nodosités blanchâtres qui étaient légèrement prurigineuses et duraient une heure environ. Ces nodosités se montraient tous les mois, au moment des règles, surtout lorsque la malade plongeait les mains dans l'eau froide. Il est probable qu'il s'agissait ici d'urticaire revenant périodiquement, mais cependant nous ne pouvons l'affirmer d'une façon catégorique.

Quoi qu'il en soit, ces nodosités cessèrent de se produire il y a deux ans, pour faire place à des taches d'un rouge violacé, qui se montrèrent sur la face dorsale de la main droite. Ces taches se réunirent bientôt en une seule, et couvrirent toute la partie antérieure de cette face dorsale. Bientôt les doigts furent pris, et l'éruption ne tarda pas à gagner la face palmaire de la main, ainsi que celle des doigts.

Actuellement l'éruption présente la même disposition que précédemment. Sur la face palmaire, à cause de l'épaississement de l'épiderme, la

teinte érythémateuse est peu visible; mais la peau de cette région a l'aspect de la pelure d'oignon. Enfin l'éruption de la face palmaire dépasse l'articulation du poignet, pour remonter à 3 centim. au-dessus de l'interligne articulaire ; à ce niveau l'érythrodermie présente les caractères qu'elle offre sur la face dorsale.

A la main gauche survinrent il y a deux ans les mêmes nodosités qu'à la main droite ; puis il y a un an apparut une éruption semblable à celle du côté droit. Sur la main gauche, la face dorsale est intacte, à l'exception d'une petite tache érythémateuse située au niveau du troisième métacarpien.

La face palmaire présente le même aspect qu'à droite; sur les bords radial et cubital l'érythrodermie est plus marquée, ainsi que sur la face antérieure du poignet où, au dire de la malade, l'éruption a une marche envahissante.

Il n'y a pas de démangeaisons ; mais, lorsque la malade plonge les mains dans l'eau froide, elle éprouve une sensation de constriction. Il n'y a jamais eu de suintement, ni de croûtes. Les ongles sont intacts. Par conséquent on peut éliminer l'eczéma qui est la seule maladie avec laquelle on pourrait confondre l'éruption de cette malade. A la face palmaire des mains, il y a bien des fissures, mais elles diffèrent de celles observées dans l'eczéma ; de plus, elles sont localisées aux plis articulaires.

En somme, nous pensons que cette érythrodermie symétrique des mains doit être rapportée au lupus érythémateux.

Si l'on remonte dans les antécédents de la malade, on trouve qu'à l'âge de 8 ans elle a présenté une carie du maxillaire inférieur qui a donné naissance à trois abcès froids; ces abcès ont laissé des cicatrices à la région sous-maxillaire gauche. Pendant cette carie la malade a rendu quelques séquestres par la bouche. Si l'on palpe la maxillaire à gauche, on remarque que celui-ci est irrégulier, diminué de volume; ce qu'il est d'ailleurs facile d'apprécier par ce fait que le menton est dévié, déjeté du côté gauche. Cette carie aurait durée sept années.

Quelque temps après la guérison de cette affection osseuse, la malade aurait été atteinte d'ophtalmie.

Enfin, depuis deux ans, elle se plaint d'une petite toux sèche. L'examen de la poitrine fait constater en avant une légère submatité et une respiration très faible.

En résumé, cette femme, atteinte autrefois de tuberculose osseuse, présente aujourd'hui des signes de bacillose pulmonaire et un lupus érythémateux symétrique des mains, un lupus érythémateux-type, et non cette forme mixte appelée encore érythémato-tuberculeuse, qui doit être rattachée au lupus tuberculeux, au lupus vulgaire.

Ce cas est à joindre aux observations, nombreuses déjà, où l'on trouve, dans le lupus érythémateux comme dans le lupus vulgaire, des manifestations tuberculeuses qui plaident en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

Chancre syphilitique géant,

Par M. Du Castel.

La malade que j'ai l'honneur de vous présenter est une jeune fille de quinze ans et demi, entrée ces jours derniers à la salle Lorry. D'une bonne constitution générale, légèrement lymphatique, elle présente sur la partie interne de la fesse droite, au niveau de la marge de l'anus, une ulcération de six centim. de longueur sur trois de largeur. C'est une ulcération sans profondeur, de couleur plutôt rouge, mais ne présentant pas la rougeur si caractéristique de certaines ulcérations syphilitiques ; elle est le siège d'une suppuration peu abondante, à laquelle se mélange fréquemment une certaine quantité de sang. Sur la surface ulcérée on aperçoit quelques îlots recouverts d'épithélium et qui semblent devoir être le point de départ du travail de cicatrisation. Les bords de l'ulcération sont festonnés à petites dents ; ils sont sans hauteur, non taillés à pic, non décollés. L'ulcération s'arrête au niveau de la marge de l'anus ; elle repose sur une base indurée, de dureté cartilagineuse, d'un centimètre au moins d'épaisseur.

Les ganglions de la région inguinale droite, situés au-dessous du pli de l'aine, sont considérablement tuméfiés et présentent une induration ligneuse ; ils sont indolents.

L'ulcération aurait débuté il y a quatre à cinq mois, et la tuméfaction ganglionnaire daterait à peu près de la même époque.

Cette ulcération me paraît devoir être considérée comme un chancre syphilitique géant.

Il ne s'agit pas d'un chancre simple : les bords ne sont ni taillés à pic, ni décollés ; il n'y a aucune inoculation aux environs de l'ulcère primitif, ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu en cas de chancre simple.

Il ne s'agit pas d'ulcération tuberculeuse ; l'aspect général de la plaie n'est pas celle d'une ulcération tuberculeuse : en aucun point on ne voit de tubercule, de granulation tuberculeuse.

Je ne crois pas qu'on puisse songer à une lésion syphilitique héréditaire ; le peu de profondeur de l'ulcération ne conduit pas à ce diagnostic.

Il ne semble du reste pas y avoir d'antécédents syphilitiques chez les parents : la mère a eu 13 enfants bien portants ; elle a bien fait deux fausses couches chemin faisant, mais qui paraissent accidentelles. La malade ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Par exclusion, nous sommes donc conduit au diagnostic de chancre syphilitique, que me paraît confirmer l'induration considérable cons-

tatée au-dessous de l'ulcère, la tuméfaction indolente des ganglions. Une objection peut être faite à ce diagnostic. c'est qu'il ne semble pas y avoir eu jusqu'à ce jour aucune éruption secondaire. Le seul accident syphilitique qu'on puisse invoquer, c'est la production d'accès de céphalie ; encore n'ont-ils pas été intenses.

La malade nie toute manœuvre capable d'avoir amené une inoculation.

Malgré les faits insolites en présence desquels nous nous trouvons, nous croyons devoir jusqu'à nouvel ordre admettre le diagnostic de chancre syphilitique, ne voyant pas quelle hypothèse nous pourrions faire si nous ne nous ralliions point à celle-là.

M. Fournier. — Ce cas est réellement extraordinaire. Tous les caractères objectifs du chancre syphilitique sont réunis, néanmoins le diagnostic ne pourra être établi que par l'évolution.

M. Tennesson. — J'accepte, sans réserve, le diagnostic de chancre colossal.

M. Besnier. — Les quatre mois révolus depuis le début de la lésion, laquelle est en pleine période floride, ne viennent pas à l'appui du diagnostic de chancre. Combien il est regrettable que n'ayant pas d'animal réactif, nous ne puissions pas davantage obtenir de l'histologie une conclusion ferme.

M. Darier. — Dans les cas douteux, le microscope n'est d'aucun secours. Quand le chancre est anormal et impossible à reconnaître cliniquement, il est également impossible à reconnaître histologiquement. Je ferai remarquer que sur la malade de M. du Castel les ganglions inguinaux forment une masse compacte, non isolable, ce qui n'est pas en faveur de la syphilis.

M. Fournier. — C'est le bubon congloméré de Bassereau. On peut le voir dans la syphilis.

M. Besnier. — J'observe en ce moment trois malades syphilitiques qui présentent un bubon congloméré de la région épitrochléenne.

Herpès gestationis.

Par M. Perrin.

Cette malade est enceinte pour la neuvième fois. En pleine santé, sans prodromes, elle fut prise, au cinquième mois de sa grossesse, de violentes démangeaisons. Puis, au niveau du bras gauche, apparut une éruption érythémateuse, qui envahit la cuisse gauche, se généralisa en huit jours à tout le reste du corps, en respectant la face, les mains et les pieds.

C'est un érythème ortié formant des plaques d'étendue variable : les plaques les plus grandes couvrent les membres. A leur niveau on voit de petites vésicules excoriées par le grattage.

Le prurit est intense : il trouble le sommeil de la malade et ne lui laisse aucun répit.

La santé générale est parfaitement conservée, le caractère seul est changé : il y a tendance à l'abattement et à la tristesse.

Il y a trois ans, au septième mois de sa huitième grossesse, elle éprouva les mêmes accidents. Un érythème prurigineux se développa autour de l'ombilic, couvrant tout le bas-ventre et la face antérieure des cuisses. Cet érythème persista jusqu'à l'accouchement.

Quelques heures après la délivrance, l'éruption se généralisa à tout le corps, respectant la face.

Elle persista à l'état aigu pendant quinze jours. Au bout de deux mois, prurit et érythème avaient complètement disparu.

Et jusqu'à cette nouvelle grossesse, la guérison s'est maintenue.

M. Brocq. — L'éruption est apparue dans le cours de deux grossesses consécutives, et dans la seconde cette éruption a été plus précoce que dans la première. Ces caractères sont bien ceux de l'herpès gestationis. Je crois que cette affection de la grossesse doit être considérée comme une dermatite herpétiforme ; il n'y a vraiment pas lieu de créer pour elle une dénomination spéciale. De même la dermatite herpétiforme typique peut être observée chez les enfants, et je ne peux admettre qu'on lui donne un nom particulier quand on la constate chez eux.

Chancres syphilitiques simultanés de la paupière et du menton.

Par MM. Eudlitz et Terson.

Le nommé L. B..., âgé de 46 ans, apprêteur de tissus, entre le 20 novembre 1894 à la salle Saint-Louis, lit n° 39, pour deux lésions siégeant, l'une au menton, l'autre à la paupière inférieure. Marié à une femme qu'il dit bien portante, et qui n'a jamais fait de fausses couches, notre malade est père de deux enfants bien portants, et n'a jamais eu d'autre affection antérieure, à l'exception d'un phlegmon du bras.

Il y a trois mois, c'est-à-dire six semaines à deux mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a vu apparaître au menton, sous l'angle droit de la lèvre supérieure, un petit bouton qu'il a pris pour un bouton de fièvre. Quelques jours après, son coiffeur lui enleva son bouton d'un coup de rasoir. L'ulcération ainsi déterminée commença alors à se développer et à inquiéter le malade qui la traita par une pommade que lui donna un pharmacien. Trois semaines après le début de cette lésion, l'œil droit commença à larmoyer, et une petite ulcération apparut au niveau de la paupière inférieure, entre le point lacrymal inférieur et la caroncule.

Actuellement, ces deux lésions sont en voie de cicatrisation, mais le diagnostic que nous avons porté, et qui a été confirmé par M. le professeur

Fournier, ne peut faire aucun doute : ce sont deux chancres indurés. On trouve, en effet, au niveau du menton, près de l'angle droit de la lèvre inférieure, une petite tumeur surélevée, de la grandeur d'une pièce de deux francs, à base indurée, à surface presque cicatrisée et recouverte d'une croûte. Entre la caroncule et le point lacrymal inférieur du côté droit, on reconnaît un autre chancre à sa couleur, à son peu de sécrétion, à sa base extrêmement indurée. On ne saurait le confondre avec une autre lésion cutanée de cette région, ni avec une altération dépendant des voies lacrymales. Ce chancre n'empiète pas sur la conjonctive.

On constate une adénopathie sous-maxillaire du même côté et des petits ganglions sous-mentonniers Le ganglion préauriculaire n'est pas perceptible, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque la lésion correspond à des lymphatiques qui, pour la plupart, se rendent plus bas que le ganglion préauriculaire.

Les chancres des paupières, dont les observations deviennent de plus en plus fréquentes, peuvent très rarement être multiples à ce niveau. Ils coexistent moins rarement, mais encore très exceptionnellement avec des chancres du cou, de la face, du sein et d'autres régions. Le chancre de notre malade présente ce fait particulier de s'être développé trois semaines après le premier.

L'étiologie de ces chancres est obscure, mais nous serions porté à croire à une inoculation que le malade se sera faite par l'intermédiaire de ses doigts souillés accidentellement de virus syphilitique.

M. Tennesson. — Il est impossible d'admettre qu'un intervalle de trois semaines s'est écoulé entre l'apparition du premier et du second chancre infectant.

M. Barthélemy. — Pontoppidan, inoculant au voisinage de l'ombilic du pus provenant d'un chancre infectant datant de quinze jours, a obtenu des résultats positifs. Ces chancres d'auto-inoculation que j'ai vus étaient absolument typiques.

M. Fournier. — Je propose, étant donnée l'importance du sujet, de renvoyer la discussion de cette question à la prochaine séance.

Eczéma séborrhéique et folliculites avec dépilation.

Par MM. H. Hallopeau et Le Damany.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter nous paraît intéressant en raison des nombreuses inflammations folliculaires qui compliquent son eczéma chronique, ainsi que par les dépilations très étendues qui en sont les conséquences. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Gaston N..., âgé de 25 ans, sommelier, s'était bien porté jusqu'à l'âge de 22 ans.

Il y a trois ans, apparut sur la lèvre supérieure un petit bouton qu'il écorcha ; d'autres se développèrent à côté, et l'affection s'étendit aux régions voisines.

Quelque temps après, se montrait sur la fesse gauche une large plaque rouge qui augmenta rapidement d'étendue et gagna bientôt les régions hypogastrique et pubienne.

Le cuir chevelu se couvrit alors de croûtelles, et bientôt les lésions envahirent le cou, la partie antérieure du thorax et les aisselles.

Après un temps assez court, les poils adultes de la face, du cuir chevelu et du pubis se raréfièrent. Le malade se décida alors à consulter un médecin qui porta le diagnostic de gale anormale chez un syphilitique. Le traitement prescrit : bains sulfureux et frictions avec l'onguent styrax, fut très douloureux et détermina une poussée aiguë de l'affection cutanée. Au bout de huit jours, toute la surface du corps, sauf les pieds et les mains, était le siège d'une éruption rouge, très suintante.

Le malade entra alors à l'hôpital Saint-Louis où son état fut considérablement amélioré par des bains simples fréquents et prolongés.

Cinq ou six mois après sa sortie, il alla consulter M. Brocq qui diagnostiqua un eczéma séborrhéique.

Depuis cette époque, le malade est revenu plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis, une poussée nouvelle et intense se produisant chaque fois qu'il en sortait. Dans le service de M. Besnier on lui fit des épilations.

Lors de son entrée, il présente les lésions suivantes :

La *face est presque complètement dépourvue de poils* ; les moustaches, autrefois assez fournies, au dire du malade, ont complètement disparu. Sur le menton et les régions sous-maxillaires, il reste encore quelques poils adultes irrégulièrement distribués. Les régions des sourcils sont à peu près glabres dans leur partie externe. Dans ces différents endroits, il est facile de voir de nombreux poils follets, longs et grêles, qui s'arrachent très facilement.

Le front est couvert de petites taches isolées, larges de un à trois millimètres, rouges, à peine saillantes ; la pression du doigt les fait disparaître. Quelques-unes ont une surface lisse. La plupart ont en leur centre une petite vésicule ou une croûtelle blanchâtre. A côté de ces éléments isolés, il en est qui se sont groupés pour former des placards de dimensions variées, sans forme déterminée leur surface est rouge, suintante, et présente de petites squames furfuracées. Les poils follets y conservent leurs caractères normaux.

Les poils de la partie externe de la région sourcilière gauche sont rares, grêles, atrophiés pour la plupart. A droite, même disposition. Des deux côtés, les téguments sont rouges, lisses par places, recouverts en d'autres de croûtelles plates, jaunâtres, ou de fines squames blanches ; il y a de plus quelques pustulettes dont le centre livre passage à un poil.

Les lésions sont les mêmes sur la racine du nez où convergent les sourcils ; les poils sont assez nombreux en ce point, ainsi que dans la partie interne des régions sourcilières.

Sur les deux paupières, au point d'implantation des cils, il y a de petites pustules reposant sur une base rouge, un peu saillante ; autour, les tissus sont légèrements infiltrés.

La surface du nez, dont la vascularisation est un peu exagérée, présente de petites taches érythémateuses que surmonte une petite vésicule ou une croûtelle blanchâtre.

Les joues, dans leurs parties antérieures, sont à peu près indemnes ; il y a seulement quelques squames et des vésicules isolées dont la base est érythémateuse.

Les régions autrefois occupées par la barbe sont le siège de lésions plus accentuées : les parties latérales de la lèvre supérieure, la partie médiane de la lèvre inférieure, le menton dans toute son étendue, présentent un épaississement du derme. Leur surface est rugueuse, suintante, recouverte, soit de croûtelles gris-jaunâtres ; soit de squames d'étendue variable, et éparses ; on voit quelques pustulettes dans des follicules pileux. De l'orifice buccal rayonnent des plis divergeant dans tous les sens, comme on l'observe souvent dans les eczémas de cette région. *En diverses parties, la surface cutanée est rouge et lisse, absolument glabre;* en d'autres persistent quelques poils adultes et surtout de nombreux poils follets, longs, grêles, s'arrachant avec une grande facilité. Les parties latérales de la lèvre inférieure sont saines.

La partie postérieure des joues et la région sus-hyoïdienne montrent seulement quelques excoriations suintantes, de petites pustules entourées d'une auréole inflammatoire, isolées, sauf au devant des oreilles où elles sont réunies en groupes ; et, de plus, des squames jaunâtres, grasses et épaisses.

Les *parties latérales du cuir chevelu sont lisses, d'un rouge uniforme et brillant ; elles sont le siège d'une chute presque complète des cheveux.* Ces zones d'alopécies sont limitées par des bords irréguliers. *A droite, on y voit seulement des poils follets disséminés, grêles, qu'on arrache avec la plus grande facilité.*

Sur la partie médiane elle-même, il y a de nombreuses plaques où l'alopécie est presque complète ; elles sont de forme irrégulièrement arrondie ; leur diamètre varie d'un demi-centimètre à deux centimètres et demi. Leur aspect est celui des vastes plaques latérales.

Sur les deux tiers supérieurs de la région cervicale, on note de la rougeur et de l'épaississement des téguments et de petites vésicules isolées ou agminées, pleines de liquide ou desséchées ; quelques-uns de ces éléments sont entourés d'une fine collerette épidermique.

Un des ganglions mastoïdiens gauches est dur et volumineux.

Les muqueuses sont indemnes.

Sur la poitrine, au-devant du sternum, dans la région pourvue de poils adultes et qui est le siège de prédilection de l'eczéma séborrhéique, il y a seulement quelques macules brunâtres, traces de lésions anciennes, quelques pustules et quelques croûtelles jaunâtres ou brunâtres ; toutes ont un poil en leur centre.

Sur le dos : éléments analogues, et de plus, dans la région interscapulaire, un placard d'eczéma séborrhéique large comme une pièce de deux francs.

Dans l'aisselle droite, les poils sont très raréfiés; quelques-uns de ceux qui restent sont entourés d'une petite pustule qui repose sur une saillie inflammatoire.

A gauche, les lésions sont les mêmes, mais moins nombreuses.

Les membres supérieurs sont à peu près indemnes.

Dans la région pubienne et dans la partie inférieure de l'hypogastre, les poils adultes sont très raréfiés. Beaucoup de ceux qui persistent ont leur point d'implantation entouré par une petite pustule ou par une croûtelle qui repose sur une saillie érythémateuse du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Quelques-unes de ces saillies sont excoriées par le grattage.

La racine de la verge, la partie supérieure des bourses, la partie supérieure et interne de la face antérieure des cuisses et les sillons cruro-scrotaux présentent des lésions analogues.

On voit au-dessus de la racine de la verge quelques cicatrices décolorées et déprimées, avec vestiges d'anciennes folliculites.

Sur la région sacrée inférieure et les parties des fesses voisines du sillon interfessier, les mêmes éléments que ceux précisément décrits sont réunis en un large placard.

Sur les cuisses, il y a seulement quelques macules violacées, des vésicules et des pustules petites, isolées et disséminées.

Sur les jambes, la situation péripilaire des éléments est très nette. Sur les mollets, quelques placards d'eczéma, de dimensions variées, ont apparu récemment.

Sur la face dorsale des pieds, quelques poils sont entourés de petites saillies rouges surmontées ou non de vésicules.

Les troubles fonctionnels consistent principalement en des démangeaisons vives, surtout à la tête. Elles sont plus intenses la nuit. Quand le malade se gratte, ce prurit fait place à des sensations de cuisson très douloureuses.

L'état général est assez bon ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Le malade dit pourtant avoir maigri dans des proportions assez considérable.

Actuellement, après deux mois de traitement par les pansements humides boriqués et amidonnés, l'amélioration est très considérable.

Au cuir chevelu, les croûtes ont diminué de nombre et d'étendue ; la rougeur est beaucoup moins intense ; les cheveux sont plus nombreux et plus adhérents. Sur la face, les modifications sont moins marquées ; cependant l'inflammation est moins aiguë, les croûtes ont considérablement diminué de volume et d'étendue.

Sur le tronc, la plupart des lésions signalées plus haut sont guéries. Dans les aisselles, à droite et à gauche, de rares folliculites persistent. Les poils, normaux dans la partie interne, font défaut dans la partie externe.

Sur la face antérieure du thorax, il reste à peine quelques traces des lésions antérieures. Sur la face postérieure, elles ont complètement disparu, ne laissant qu'une légère pigmentation.

Au pubis, les quelques poils qui restaient sont tombés, la région est

absolument glabre ; mais les folliculites ont diminué de nombre e d'intensité.

Le placard de la région sacrée persiste et conserve ses caractères ; il en est de même des éléments isolés des cuisses.

Sur les jambes, il se fait en ce moment une poussée aiguë d'eczéma en plaques irrégulièrement arrondies, avec suintement séreux, et, en dehors de ces plaques, on voit de petits éléments rouges, légèrement saillants, surmontés de squames ou de croûtelles, avec un poil dans la partie centrale. Ici encore les lésions sont donc péripilaires. Les placards étendus sont constitués par la confluence de lésions semblables. Ils sont le siège d'un prurit intense.

Examen bactériologique. — 1° *De l'eczéma.* — *Examen des coupes* : Un morceau de peau pris sur le cuir chevelu (vertex) a servi pour cette étude. Les coupes ont été colorées, les unes par la méthode de Gram-Weigert, les autres par celle de Kühne-Nicolle.

L'une et l'autre méthodes nous ont montré des cocci très nombreux, ormant par points, à la surface des téguments, une couche continue. Un grand nombre de ces cocci sont isolés ; d'autres sont groupés par deux, quatre, ou plus. Dans ces groupes, les limites des cocci ne sont nettes qu'à la périphérie ; dans les points où ils se touchent, ils semblent se continuer les uns avec les autres : ils ont l'aspect mûriforme décrit par Unna (Morocoques).

Nous n'avons pu voir les Flaschen-Bacillen d'Unna : sur les coupes que nous avons examinées nous n'avons trouvé que ces cocci.

Cultures : Après avoir enlevé en un point du cuir chevelu les croûtes épaisses, nous avons gratté avec un bistouri flambé. Les squames ainsi détachées ont donné à l'ensemencement une flore abondante et variée, dont les espèces n'ont été séparées que d'une manière très incomplète. Nous avons pourtant pu isoler :

1° Un champignon qui a tous les caractères de l'aspergillus glaucus vulgaire ;

2° De courts bacilles, décolorés par le Gram, poussant abondamment sur gélose (colonies blanches, humides), ne liquéfiant pas la gélatine, en un mot, les principaux caractères du B. Coli commune ;

3° Des cocci, qui nous ont paru être de deux espèces :

Les uns, petits, donnent des colonies jaunes, liquéfient la gélatine, et ont tous les autres caractères des staphylocoques dorés ;

Les autres sont plus volumineux, souvent groupés par deux, ou en courtes chaînettes ou en amas ; ils présentent les mêmes réactions colorantes que les précédents ; leurs cultures sont blanchâtres sur gélose et sur la gélatine qu'elles ne liquéfient pas : *Micrococcus cereus.*

Colorés par le violet de gentiane seul, les grappes de ces cocci ont le même aspect mûriforme que nous avons noté dans les coupes ; mais si, après avoir traité la lamelle par le liquide de Gram, on décolore par l'alcool, l'aspect change : chaque grain est séparé du voisin par un mince cercle incolore, de sorte que les limites de chaque coccus sont parfaitement nettes.

II° *Des folliculites.* — *Sur lamelle :* Après un nettoyage de la peau avec

de l'eau filtrée suivi de lavage à l'éther, une gouttelette de pus étalée entre deux lamelles montre seulement des cocci isolés, par deux, en courtes chaînettes ou en amas. Ces cocci sont assez volumineux, ils restent colorés après action de la liqueur de Gram et de l'alcool.

Cultures : L'ensemencement sur bouillon est fait avec un fragment de bulbe pileux arraché d'une pustule. Une goutte de ce bouillon est portée sur de la gélose. De nombreuses et volumineuses colonies d'un blanc sale se développent rapidement ; elles sont formées de cocci qui ne liquéfient pas la gélatine, et qui ont, par suite, tous les caractères du *micrococcus cereus.*

Il semble bien que la séborrhée ait été la cause initiale des éruptions qui, depuis trois ans, se sont succédées chez ce malade : les macules de la région présternale et les caractères de la plaque interscapulaire indiquent clairement l'existence d'un eczéma séborrhéique, et nous allons voir que des alopécies semblables à celles que présente ce cuir chevelu ont déjà été signalées dans ces dermatoses.

Ce n'est pas la règle cependant : dans la grande majorité des cas, le mode de production de l'alopécie d'origine séborrhéique est toute différente : ce n'est que lentement, par suite d'une atrophie progressive, que les cheveux tombent, s'éclaircissent avec une grande lenteur, d'abord sur le sommet de la tête, puis sur ses parties latérales.

Chez notre malade au contraire, la chute des cheveux et des poils est rapide, et il en résulte des plaques d'alopécies circonscrites et disséminées en diverses parties du cuir chevelu ; elle paraît s'accomplir suivant deux modes distincts.

Au cuir chevelu, les cheveux deviennent, au niveau des plaques eczémateuses, d'une extrême gracilité, et ils s'arrachent en masse sous l'influence de la moindre traction : il semble qu'il se produise là, d'une manière aiguë, la même altération qui, dans la séborrhée vulgaire, conduit si lentement à l'alopécie partielle ; au contraire, dans les autres parties velues du corps, la chute des poils paraît due presque exclusivement au développement de nombreuses folliculites suppuratives

Ces folliculites sont multiples, mais non agminées.

Partout, chez ce malade, le système pileux est le siège de prédilection des altérations : elles sont localisées surtout dans toutes les régions velues, et les quelques éléments que l'on trouve dans les parties glabres sont centrées par des poils.

L'aspect des parties malades présente un caractère insolite.

Au cuir chevelu, les plaques d'alopécie sont lisses, d'un rouge vif et brillant, irrégulièrement contournées ; des altérations semblables ont été signalées par Vidal et par Audry : elles paraissent ne se produire que rarement dans l'eczéma séborrhéique; l'un de nous a présenté cependant à la Société, au mois de février dernier, un malade chez

lequel il existait des lésions analogues au niveau des aisselles et du pubis.

Les inflammations folliculaires paraissent être chez notre sujet le phénomène dominant : l'eczéma est relégué au second plan, bien qu'il ait dû être manifestement l'affection initiale.

La maladie ainsi constituée ne laisse pas que d'être fort pénible : elle dure depuis des années ; elle défigure le malade ; elle provoque incessamment de pénibles sensations de prurit ou de cuisson.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Comme l'ont vu Vidal et Audry, l'eczéma séborrhéique peut, dans ses poussées aiguës, donner lieu à la formation, dans le cuir chevelu, de plaques d'alopécies, rouges, lisses, brillantes et à contours irréguliers : elles peuvent être recouvertes partiellement de poils atrophiés qui s'arrachent avec la plus grande facilité;*

2° *Il peut se produire simultanément au visage, dans les aisselles et au pubis, de nombreuses folliculites suppuratives qui amènent la chute presque complète des poils ;*

3° *Ces folliculites doivent être considérées comme des complications de cet eczéma, dues vraisemblablement au milieu de culture favorable que les follicules pileux présentent en pareils cas aux microbes pyogènes ;*

4° *Ces complications entraînent un pronostic défavorable en raison de leurs incessantes récidives, de l'altération qu'elles apportent dans les traits et l'aspect des régions velues, ainsi que par les sensations pénibles qu'elles provoquent.*

La lèpre et la syphilis au moyen âge,

Par le Dr PAUL RAYMOND.

Il était vraisemblable que sous le nom de lèpre, on confondait au moyen âge des maladies différentes. Il y avait certainement la lèpre telle que nous la connaissons : elle existait peut-être depuis longtemps en France, mais elle avait sûrement augmenté depuis le retour d'Orient des Croisés. Il y avait aussi, et surtout, la syphilis, et peut-être encore d'autres affections ulcéreuses telles que le lupus et l'épithéliome, ou même de simples dermatoses comme le psoriasis, dont on ne savait pas la différencier. S'il en était autrement, avec les 2,000 léproseries qui d'après Hirsch, (cité par Leloir) existaient en France au XIIIe siècle, la plupart des Français eussent été lépreux et nous le serions encore. On ne s'expliquerait pas comment la lèpre se serait ainsi éteinte du jour précisément où la ruine des Templiers,

laissant ouvertes les portes de leurs léproseries, elle eût dû, au, contraire, aller en progressant. On ne s'expliquerait pas surtout comment elle fut presque immédiatement remplacée par cette syphilis grave, terrifiante, qui se développa sous forme épidémique et que tous les textes nous montrent implantée en France bien avant l'expédition de Charles VIII à Naples, bien avant le retour d'Amérique de Christophe Colomb.

Mieux que l'étude des textes anciens, auxquels on fait souvent dire un peu ce que l'on veut, l'étude des ossements et des lésions qu'ils peuvent présenter, devait permettre d'élucider la question et je m'étonne de n'avoir pas vu exploiter cet argument par ceux qui soutiennent avec raison, je crois, la très haute ancienneté de la syphilis en France.

Les léproseries étaient donc nombreuses au moyen âge : leur souvenir n'est pas encore éteint, et les lieux dits « la Madeleine » ne sont que des vestiges de ces maladreries : il n'y a qu'à les étudier. Il existe encore une de ces Madeleines dans le département du Gard : la tradition en fait une léproserie de Templiers (il n'y a pas confusion avec l'ordre de de Saint-Lazare, — les Templiers possédaient de grands biens dont on retrouve les traces dans cette partie du Midi de la France) ; c'est bien le lieu le plus isolé, le plus retiré du monde que l'on puisse imaginer, le plus propre qui soit pour reléguer ces parias qu'étaient ces lépreux du moyen âge. Tout enfin, jusqu'aux ruines qui sont du style roman le plus pur, et aux monnaies qu'on y trouve, vient confirmer la tradition : cette Madeleine date du XIIe siècle. Il me parut donc indiqué de faire fouiller cette léproserie, et j'ai eu la chance de découvrir son cimetière ou pour mieux dire son charnier, car les corps sont déposés sans ordre, les uns à côté des autres, sur le rocher, et recouverts d'un mètre de terre environ. En un seul point, deux pierres verticales, surmontées d'une pierre horizontale, séparaient trois crânes. J'ai recueilli jusqu'à présent, les ossements de six individus : la plupart de ces os n'offrent aucune particularité, mais en voici deux qui sont du plus haut intérêt. Sur ce crâne existe, au niveau de la partie postérieure du pariétal droit, près de la ligne médiane, la cicatrice la plus typique d'une gomme. Le fond, qui est de la dimension d'une pièce de vingt centimes, est irrégulier : les bords ne sont pas très saillants, le diamètre de la lésion est d'un centimètre environ. La table interne de l'os est intacte. La lésion s'est-elle arrêtée, ou la mort est-elle survenue incidemment ? Il est impossible, on le conçoit, de se prononcer.

Ce péroné appartient au même sujet ; il n'est pas moins typique que le crâne, et il proviendrait d'une autopsie faite ce matin même, dans cet hôpital, que la lésion ne serait pas plus nette. A la partie moyenne de la diaphyse, existe une exostose de 5 centim. et demi de long, occupant les trois faces de l'os mais surtout les faces

externe et interne, et répondant de la façon la plus évidente à l'ostéomyélite gommeuse circonscrite de la diaphyse des os longs de M. Gangolphe. Un syphilome central répond à une hypérostose périphérique : la lésion s'est terminée par sclérose osseuse.

Ce Templier était donc bien atteint de syphilis, et de la syphilis la plus classique qui soit. Mais voici à l'appui de la thèse que je soutiens, un autre argument, d'ordre négatif mais non moins important. La lèpre vraie s'accompagne de nécrose ; elle ne fait pas de lésions prolifératives : en outre c'est surtout aux os courts des extrémités qu'elle s'attaque. Or, non seulement je n'ai trouvé à la Madeleine, aucune lésion de cet ordre, mais je vous ai apporté toute une série de métacarpiens, de métatarsiens, de phalanges, et sur aucun de ces os, on ne relève la moindre lésion.

Ces fouilles viennent donc corroborer mon opinion : non seulement la syphilis existait au moyen âge et bien avant le XVe siècle, mais encore, un certain nombre de cas de lèpre (et si je m'exprime ainsi, c'est afin de n'être pas taxé d'exagération) ressortissaient à cette même syphilis. Je crois même qu'on peut aller plus loin, et que l'on a enfermé dans les léproseries, au moyen âge, des malheureux qui n'étaient même pas atteints de dermatoses, ceux par exemple qui présentaient quelque maladie repoussante, voire même quelque déformation. Voici des os trouvés dans ce même cimetière de la Madeleine : à vrai dire, ils ne sont pas pathologiques, mais ils présentent des particularités qui méritent d'attirer l'attention : chez ce sujet, les courbures des clavicules sont exagérées ; un cubitus présenté une courbure antéro postérieure prononcée et atypique ; sur le crâne qui est brachycéphale, l'occipital fait un angle droit avec les pariétaux. Il ne peut être question ici de rachitisme ni même d'altération pathologique à proprement parler, mais on ne peut s'empêcher de penser que cet individu devait présenter une conformation bizarre. Je me garde bien d'ailleurs de conclure, et je m'en tiens à ce qui est sûr, aux lésions syphilitiques. Ce chapitre rétrospectif d'ostéo-syphilose m'a paru intéressant, et j'ai tenu à faire connaître à la Société les premiers résultats de fouilles que, guidé par une idée préconçue et exacte, l'événement le prouve, j'avais entreprises aux vacances dernières.

Dermatite herpétiforme de Duhring sur une petite fille de 5 ans.

Par le Dr Audry.

Voici l'observation qui est l'objet de cette courte note :

Il s'agit d'une fillette de 5 ans et demi dont le père et la mère vivent et se portent bien ; les grands-parents n'offrent pas d'antécédents notables ;

l'enfant n'a eu ni frère ni sœur ; elle a toujours été bien portante, mais capricieuse et excitable.

La maladie a débuté vers le commencement du mois de mai 1894. L'enfant était porteur de quelques « boutons » qui siégeaient sur la poitrine, mais n'avaient pas attiré l'attention, lorsqu'un soir, après une émotion d'ailleurs légère, elle présenta brusquement une première poussée de bulles disséminées, nombreuses, apparues dans l'espace de quelques heures et accompagnées d'un prurit très violent. Les médecins qui la virent diagnostiquèrent successivement de l'herpès circiné (trichophytique), du pemphigus, etc.

Elle nous fut conduite le 11 juillet. A ce moment, c'est une petite fille bien développée, mais amaigrie, très irritable ; elle se plaint vivement d'un prurit très violent diurne et nocturne, étendu à la presque totalité du tégument.

Les lésions ont débuté au pourtour des organes génitaux, et n'ont pas cessé d'être très développées dans cette région et dans la partie supero-interne des cuisses. La peau des grandes lèvres, du pli génito-crural, présente une rougeur diffuse assez vive, mais sans infiltration, sur laquelle sont disséminées quelques rares papules — de petites érosions peu profondes, à bords nets, à fond jaune brillant, — des vésicules, des petites bulles remplies d'une sérosité citrine, claire, des vésicules peu nombreuses contenant du pus.

Sur les cuisses, sur les jambes, on retrouve tous ces éléments éruptifs, tantôt disséminés au hasard, tantôt disposés en cercles ou en segments de cercles tout à fait « herpétiformes » ; ça et là quelques macules brunes représentant les vestiges d'anciennes efflorescences guéries ; plusieurs ont disparu sans laisser de traces, il n'existe aucune cicatrice vraie.

Toute la partie sus-ombilicale du tronc est indemne, tandis que la zone inférieure est atteinte.

Les bras, les avant-bras, les mains présentent des lésions tout à fait semblables à celles des membres inférieurs ; cependant la rougeur diffuse manque ; nombre de vésicules et de bulles semblent émerger de la peau saine ; quelques-unes, celles surtout dont le contenu est trouble, se circonscrivent d'un liseré congestif. Aucune ne contient d'exsudat sanglant. Les plus volumineuses des bulles atteignent le volume d'une noisette.

A la face, les efflorescences sont nombreuses et persistantes, ce sont surtout des bulles très cohérentes, qui entourent la bouche et occupent le menton ; quelques-unes se sont vidées et recouvertes d'amas croûteux jaunes et brillants.

L'état général est très bon ; l'appétit satisfaisant ; le sommeil nul à cause du prurit.

Traitement. — Bains prolongés ; poudres inertes ; enveloppement avec de la ouate ; liqueur de Fowler. Régime.

Il fut immédiatement suivi d'une amélioration extraordinairement rapide, mais jamais l'enfant ne fut complètement guérie ; le pourtour des organes génitaux a toujours présenté des lésions.

De juillet à octobre, l'enfant a passé par deux stades successifs de guérison incomplète et de pleine récidive survenue brusquement, après

des colères violentes ; la mère, fort intelligente, est persuadée de l'influence des émotions et des caprices sur la réapparition des éléments éruptifs.

Le 22 octobre, je revois l'enfant. Il existe toujours des macules, quelques rares papules, des pustules, des vésicules, des bulles, des érosions autour de la vulve. Sur la face antéro-interne des cuisses, sur les jambes, les membres supérieurs, je ne retrouve plus guère que des macules brunes, des excoriations de grattage. Je constate sur le menton une large surface occupée par des bulles agminées claires, insérées sur une peau de coloration normale, et dont quelques-unes sont transformées en bloc de croûtes.

Le prurit persiste, mais très diminué. L'état général est excellent. En somme, amélioration très appréciable. Même traitement en insistant sur l'emploi de l'arséniate de soude. Pilule d'acide phénique.

Le surlendemain, après une vive colère de l'enfant, violente poussée bulleuse généralisée.

Le 5 novembre, amélioration. La zone génitale est presque guérie.

La plupart des bulles ont disparu, sauf au niveau du menton où elles se reproduisent sans cesse. État général toujours bon. Prurit supportable.

Le 22. État stationnaire ; des éléments éruptifs d'ailleurs actuellement discrets et peu nombreux apparaissent de temps en temps sur les membres elles se reproduisent obstinément au niveau du menton.

On reconnaît facilement un exemple réellement typique de la dermatite herpétiforme, et il n'y a pas lieu d'insister sur un diagnostic qui s'impose. Je n'ai pas pu faire la biopsie. Les cas de ce genre semblent extrêmement rares chez l'enfant. L'observation 28 du mémoire de Brocq (1) qui lui a été communiquée par Vidal et Le Juge de Segrais se rapporte à un jeune homme de 20 ans, chez lequel la maladie aurait débuté à l'âge de 5 mois, et n'était pas encore guéri.

Unna (2) a décrit sous le nom d'hydroa puerorum une maladie spéciale qu'il rattache à la dermatite herpétiforme dans son « hydroa-gruppe », et dont il résume ainsi les principaux caractères : « 1° Début dans les premières années de la vie ; 2° rechutes continuelles pendant l'enfance ; 3° maximum des attaques pendant la saison chaude ; 4° polymorphie peu accusée de l'exanthème composé presque exclusivement d'érythème papuleux, de vésicules et de bulles non purulentes ; 5° prédominance du prurit sur les douleurs ; 6° Acuité des accès ; 7° dépression constante de l'état général avant l'apparition de l'exanthème ; 8° affaiblissement lent, spontané des accès vers la puberté ; 9° disparition de la maladie ou réduction extrême à l'âge adulte ; 10° probablement limitation au sexe masculin, les 10 cas observés étant tous relatifs à des garçons » (Besnier et Doyon. note de Kaposi).

(1) Brocq. *Annales de derm. et syph.*, 1889.

(2) Unna. *Monatshefte f. pr. D.*, 1889, t. IX, p. 108. *Histopathologie der Hautkrankeiten*, 1894, p. 145.

Si l'on se reporte au mémoire de Unna, on y trouve une première observation qui se rapproche sensiblement de celle de Brocq-Vidal ; puis il rapporte l'histoire d'une famille où quatre garçons nés du même père, mais de deux mères différentes présentèrent tous une affection répondant à la description précédemment résumée, tandis que quatre filles appartenant aux deux lits restèrent toutes indemnes.

Unna crée avec ces faits un hydroa puerorum à côté d'un hydroa gravidarum, et il les agglutine à la dermatite herpétiforme de Duhring.

Il est extrêmement difficile de faire la critique de ces faits dont les observations sont un peu brèves. On peut accepter l'existence de l'hydroa puerorum, mais on est pas encore autorisé à l'annexer complètement à la dermatite herpétiforme autenthique, il n'est d'ailleurs pas prouvé que l'herpès gestationis entre réellement dans le cadre de la dermatose de Duhring. A mon sens, Ittmann et Ledermann ont raison d'insister sur l'importance de l'étiologie dans une définition de ce genre. Besnier et Doyon disent que la maladie de Duhring existe dans la première et la seconde enfance, pendant la dentition, etc., mais ne donnent pas d'autres indications.

L'observation que nous avons rapportée montre que la dermatite herpétiforme se rencontre en effet à tous les âges, dans les deux sexes et que l'enfance ne modifie pas son type clinique, ou, plus exactement, peut le respecter absolument. En tous cas, elle diffère complètement des faits qui constituent l'hydroa puerorum vu à Hambourg.

Paralysies ascendantes à rétrocession, infection streptococcique atténuée ayant pour point de départ des abcès cutanés et sous-cutanés des extrémités inférieures.

Par le Dr J. Brault.

Les travaux successifs de Roger et Bourges (1) ont attiré l'attention des cliniciens sur les poliomyélites infectieuses d'origine streptococcique. Cette imprégnation du système nerveux par le micro-organisme en chaînettes commence à sortir du domaine de l'expérimentation.

Chez l'homme l'infection peut se produire non seulement à l'occasion d'un phlegmon diffus, d'un vaste érysipèle ; mais encore à la suite d'inflammations cutanées d'apparence tout à fait bénigne : excoriations, ampoules infectées, petits abcès lymphangitiques.

(1) Roger. Comptes rendus de l'Académie des sciences 26 octobre. *Annales de l'institut Pasteur*. n° 6, juin 1892.
Bourges. *Arch. de méd. expérimentale*, 1893.

A ces deux modes d'invasion d'inégale gravité, semblent correspondre deux types à marche bien différente.

Dans le premier cas, les manifestations nerveuses prennent une extension très rapide et se terminant inévitablement par la morte ; dans le deuxième, au contraire, l'allure est plus lente et permet d'espérer une rétrocession plus ou moins complète (1).

Au point de vue clinique, il semble se passer là quelque chose d'analogue à l'infection tétanique, il paraît y avoir là, une sorte de tétanos à « rebours » paralysant les muscles comme le bacille de Nicolaïer associé à ces satellites les contracture.

Si les effets sont diamétralement opposés, pour le reste l'analogie reste frappante et justifie notre parallèle ; même étiologie : plaies contuses des extrémités surtout sous les climats chauds et humides ; même division, au point de vue de la marche et du pronostic : forme aiguë qui ne pardonne pas, forme chronique atténuée qui guérit presque à coup sûr.

Nous laisserons de côté le processus à marche sévère qui donne à très peu de chose près le syndrome de Landry, car pour notre compte nous n'en possédons pas d'exemple, tandis que nous désirons présenter à la société deux faits de paralysie ascendante à forme curable survenus à la suite d'infections très légères et très superficielles (1).

Pour rester dans le domaine de la clinique, le seul qui nous soit ouvert, puisque nous n'avons pas par devers nous de nécropsie, nous dirons que dans ce mode d'infection streptococcique, sur lequel on ne paraît pas encore avoir attiré l'attention, on peut rencontrer, soit, les signes d'une poliomyélite à titre Landouzy-Dejerine, soit au contraire la symptomatologie des polynévrites périphériques.

Comme on le verra tout à l'heure, notre première observation, avec abolition des réflexes patellaires, absence de troubles du côté des nerfs crâniens, correspond à la première variété. Par contre, notre deuxième cas, malgré la même privation des réflexes, grâce à la paralysie faciale, à la diplopie homonyme etc. appartiendrait plutôt au groupe des névrites périphériques.

Observations

Obs. I. — B..., cultivateur à Mayenne, actuellement soldat au train des équipages caserné à Mustapha, 23 ans, dix mois de service.

(1) L'infection staphylococcique étudiée expérimentalement par Thoinot et Masselin donnerait probablement chez l'homme un titre analogue.

(1) Comment expliquer la rareté de cette complication des plaies banales, est-ce affaire de germe ou de terrain ? Nous posons la question sans la résourdre.

Nous tenons simplement à faire remarquer que nos deux observés ne présentaient aucune tare nerveuse personnelle ou héréditaire et que l'analyse bactériologique indiquée plus loin a montré qu'il s'agissait de streptocoque à l'état pur mais à vitalité affaiblie.

Antécédents héréditaires : nuls ; *personnels* : aucune infection grave, pas de maladies vénériennes, pas d'habitudes alcooliques, aucun stigmate d'hystérie, furoncle guéri depuis quatre mois.

Au cours du mois d'août, le malade présente des *excoriations* aux deux pieds.

23 août, début d'un phlegmon circonscrit sur le devant du cou de pied droit, abcès gros comme un petit œuf, ouverture spontanée à l'infirmerie régimentaire, environ quinze jours plus tard.

6 septembre au matin, fourmillements intenses dans les membres inférieurs, parésie très accentuée ; le malade ne peut se lever. Quatre jours plus tard, la paralysie envahit les membres supérieurs, mais assez lentement, sans douleur, sans aucun phénomène subjectif.

La maladie va en s'accentuant. Hospitalisation au Dey le 19 septembre.

Etat du sujet au moment de l'entrée. — Motricité. — Marche impossible, le malade peut à peine remuer ses jambes dans son lit, la pression manuelle est nulle au dynamomètre. Muscles du tronc tous très affaiblis, tête un peu ballante, dans la station assise qui ne peut être effectuée que péniblement avec l'aide d'un infirmier.

Sensibilité. — Toutes les sortes de sensibilité sont abolies aux extrémités inférieures jusqu'à hauteur du genou, il en est de même aux mains et aux avant-bras ; rien par ailleurs.

Réflexes. — Réflexes patellaires abolis, réflexes crémastérien, cornéen et pharyngien conservés.

Troubles trophiques, exploration électrique. — Atrophie musculaire marquée aux quatre membres ; les muscles extenseurs de la cuisse, de la jambe et de l'avant-bras ne répondent plus aux courants faradiques.

Rien du côté des nerfs crâniens. Intelligence intacte. Pas de troubles viscéraux, urines normales, apyrexie.

Abcès du cou de pied droit réduit au volume d'une petite noix et se vidant par une fistule.

26 septembre, l'abcès est guéri. Amélioration notable, la sensibilité reparaît aux extrémités, le malade peut marcher soutenu, les muscles redeviennent excitables au faradique.

Le 28, le malade marche seul presque sans appui. Pression manuelle au dynamomètre 20°; les muscles reprennent petit à petit leur tonicité et leur contractilité.

5 octobre, la guérison s'accentue de plus en plus. A moins d'une rechute improbable, le malade sera bientôt en état de sortir. Les réflexes patellaires sont toujours nuls.

Traitement. — Iodure, massage, frictions, bains sulfureux, électrisation.

Les préparations de pus examinées avec le 9 Vérick et l'objectif 13 à immersion, nous ont montré d'abondants cocci disposés en très courtes chaînettes.

Les cultures faites par notre collègue M. le Dr H. Vincent au laboratoire de bactériologie de Dey ont donné des colonies de streptocoques à l'état pur (1).

(1) Des inoculations aux animaux ont été faites, nous en attendons les résultats.

Que l'on nous permette de citer à côté de ce cas, une autre observation malheureusement incompléte.

Il s'agit d'un jeune homme qui a vu survenir des accidents de paralysie ascendante à la suite d'excoriations des orteils compliquées de lymphangite.

Aucune autre cause n'a pu être relevée par l'examen le plus attentif (1). Les lésions initiales avaient été guéries à l'infirmerie régimentaire, on n'a donc pu faire d'examen bactériologique.

Obs. II. — Mar..., soldat au 1er zouaves, 18 ans. *Antécédents héréditaires et personnels :* Nuls. Pas de stigmates d'hystérie.

Entrée à l'infirmerie en avril 1893 pour excoriations à la suite de marche d'entraînement, lymphangites, cicatrisation lente.

A la fin du mois, étourdissement, fourmillements dans les membres inférieurs, parésie brusque de ces derniers.

5 mai, entrée au Dey, les excoriations sont guéries.

La marche est difficile, mais s'exécute cependant sans appui. M... est capable de faire quelques pas ; le pied se détache difficilement du sol ; pas de signe de Romberg. Le malade couché soulève encore assez bien ses membres inférieurs au-dessus du plan du lit. Peu de diminution de la force dans le membre supérieur. Légère incoordination des mouvements délicats, l'écriture n'est pas nette, les lettres sont hésitées.

Pas de tremblement intentionnel, pas de tremblement au repos, sens musculaire conservé.

Abolition complète des réflexes patellaires, conservation des réflexes scrotal, abdominal et bulbo-caverneux.

Sensibilité très peu atteinte, le chatouillement de la plante du pied est seul perçu d'une façon obtuse. Pas de douleurs spontanées ; masses musculaires du mollet et de la cuisse sensibles à la pression même légère. Soubresauts musculaires.

Les *troubles trophiques* sont simplement représentés par de l'atrophie et de la flaccidité des muscles des membres inférieurs. Diminution très notable de la contractilité faradique pour les extenseurs de la jambe.

Troubles viscéraux nuls, urines normales.

Organes des sens. Faculté d'accomodation très diminuée, diplophie homomyme par paralysie de muscle droit externe du côté droit. Pupilles inégales, la droite est beaucoup plus dilatée que la gauche ; pas de signe d'Argyll Robertson ; lesouvertures pupillaires réagissent inégalement, mais réagissent sous l'influence de la douleur, à la lumière et dans l'accomodation aux différentes distances. Pas de troubles du fond de l'œil, acuité visuelle normale.

Pas de troubles cérébraux. Le malade est très intelligent et répond avec précision à toutes nos questions.

Pendant le mois de juin, les troubles de la motricité augmentent du côté des membres inférieurs, le malade ne peut même plus manœuvrer ses jambes dans son lit. Les membres supérieurs sont à leur tour fortement parésiés, le malade ne fait pas 15° au dynamomètre, il a de la peine à écrire même d'une façon presque illisible.

(1) Nous tenons à le répéter, il en était de même dans la première observation.

L'atrophie des muscles est considérable. La contractilité faradique n'a cependant entièrement disparu que du côté des péroniers.

Pendant quelques jours abaissement de la commissure labiale droite et déviation de la langue de ce côté.

Dans les premiers jours de juillet, tous ces phénomènes s'amendent, le malade reprend à marcher d'abord en se faisant soutenir, puis avec un bâton. A la fin du mois il marche et court parfaitement; l'écriture est redevenue excellente ; la force est revenue dans les bras, les muscles reprennent du volume et de la fermeté, tout en répondant beaucoup mieux à la faradisation.

La diplopie et les troubles de l'accomodation ont disparu, mais la pupille droite reste encore très dilatée. Les réflexes patellaires sont à peine sensibles. Sortie par convalescence le 23 août.

Traitement. — Iodure, massage, frictions, bains sulfureux, électrisation.

Syphilis et paralysie générale en Islande.

Par le Dr EDVARD EHLERS, de Copenhague.

Voir page 1336.

Sur un phénomène clinique, non décrit, dans le cours du pemphigus foliacé de Cazenave.

Par le professeur M. STOUKOVENKOFF (de Kieff).

La dermatologie contemporaine ne peut pas se flatter d'avoir bien étudié la nature de la maladie de la peau nommée pemphigus chronique et de ses nombreuses formes.

Les rapports de toutes les formes de cette affection, ainsi que leur étiologie et leurs caractères cliniques, surtout pour la forme la plus rare, pemphigus foliaceus Cazenavi, présentent beaucoup de lacunes. La cause de ce fait se trouve dans la rareté comparative de la maladie; c'est pourquoi toute nouvelle observation de cette dermatose présente un certain intérêt.

Pendant une période de dix ans j'ai eu dans ma clinique 6 cas de pemphigus foliaceus Cazenavi. (La description détaillée de ces cas, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, ainsi qu'un aperçu historique de la maladie, est confiée à un de mes assistants, le

Dr Nikolsky, qui, sous peu, fera paraître à ce sujet un travail spécial et détaillé).

Ici je veux seulement en peu de mots faire une courte description d'un des cas observés par moi avec le Dr Nikolsky, qui met en relief un fait clinique essentiel; si je ne me trompe pas, ce fait n'a pas encore été décrit par personne.

Voici la description sommaire de ce cas :

La nommée K..., âgée de 44 ans, juive du gouvernement de Podolie, a été atteinte, il y a deux ans d'une éruption prurigineuse accompagnée de fièvre, siégeant au dos et aux bras, et qui se répandit bientôt sur toute la surface de la peau, excepté à la paume des mains et à la plante des pieds. Après un an et demi, l'éruption disparut pour quatre mois, à l'exception des jambes qui restèrent atteintes ; ensuite cette éruption apparut sur le visage et dans l'espace de deux jours recouvrit tout le corps, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. Forte démangeaison et tintements d'oreilles.

La malade indique trois circonstances qui précédèrent sa maladie et influencèrent son état de santé :

1° Le mariage malheureux de sa fille, qui plongea toute la famille dans un profond chagrin. 2° Deux semaines avant sa maladie elle prit un refroidissement. 3° Bientôt après elle fut insultée au marché par une autre juive, insulte qui la jeta dans une colère terrible. D'après le récit de la malade, elle ne pouvait prononcer une parole et avait comme la sensation d'une brulûre générale de la peau. Un peu calmée et après avoir avalé un peu d'eau dans une maison voisine, elle voulait courir au marché pour se jeter sur celle qui l'avait insultée, mais elle fut retenue par les personnes qui l'entouraient. Se souvenant de cette insulte après deux ans, la malade quand on lui en parle, est encore extrêmement agitée.

A l'examen de la malade (novembre 1892), on trouve toute sa peau comme parsemée d'îlots éruptifs, irréguliers, plus ou moins grands, laissant des intervalles de peau saine. Ce sont des surfaces rouges et humides, aux contours les plus variés, à la périphérie desquels on voit des lambeaux détachés d'épiderme et des croûtes concentriquement exfoliées, au-dessous desquelles la peau est humide ou sèche. Sur plusieurs points on voit la lésion élémentaire constituée par des bulles de 1,5 à 2 millim. de diamètre, bulles pâles, recouvertes d'un épiderme fin, fané et flétri, avec un contenu transparent, aqueux, peu abondant ; le fond de la lésion est d'un rose lisse. Les bulles sont tantôt isolées, sur la peau congestionnée ou de coloration entièrement normale, tantôt disposées par petits groupes ; par places, on trouve des croûtes qui se confondent les unes avec les autres.

L'affection diffuse de la peau présente un tableau tellement bigarré qu'il n'y a aucun moyen, à première vue, d'y suivre les changements graduels de la peau.

Chaque jour l'aspect était différent ; là où hier la peau avait l'apparence normale, nous trouvions aujourd'hui ou des surfaces rouges et

humides, ou des bulles ; et les plaies qui hier étaient humides, aujourd'hui étaient recouvertes d'une couche cornée. Mais grâce à l'observation journalière de quatre mois et demi, nous avons pu nous orienter dans ce polymorphisme des lésions. Cette observation constante nous a donné les moyens d'expliquer les rapports de la peau affectée avec la peau saine. Comme on le voit d'après la description ci-dessus, au milieu des parties malades se trouvent des espaces de peau conservant leur aspect normal. Leur couleur ainsi que leur couche cornée ne présentaient en particulier rien d'extraordinaire, de sorte qu'à première vue on aurait pu croire ces espaces tout à fait sains. Mais cette apparence était loin de la vérité. Ces parties de la peau, dites saines, étaient également atteintes ; il suffisait d'un léger frottement pour leur enlever la couche cornée, et mettre à nu la surface à peine humide qui se trouve sous la couche de Malpighi. Observant continuellement ces parties apparemment saines, nous avons trouvé en beaucoup d'endroits la couche cornée solide, et qui ne pouvait être enlevée par un frottement ordinaire ; cependant même cette couche cornée solide étant enlevée par un frottement plus fort. Ensuite nous trouvons des endroits (comme par exemple à la plante des pieds) où la couche cornée restait ferme même après un frottement énergique, ce qui nous fait croire que cette partie de la peau était entièrement saine.

Pourtant il a été prouvé qu'ici également il suffisait de soulever avec une égratignure de l'ongle la couche cornée, et alors, à partir de cet endroit, on pouvait enlever cette couche dans une grande étendue. Ensuite, sur le même espace de peau nous remarquâmes des changements rapides et radicaux dans la solidité de la couche cornée. Cette particularité était surtout visible sur l'avant bras-gauche sur lequel nous appliquions en permanence des compresses trempées dans la solution aqueuse de nitrate d'argent (0 gr. 2 p. 180 gr.). Sous l'influence de ces compresses, sur l'avant-bras gauche l'épiderme s'améliorait visiblement, les bulles apparaissaient moins nombreuses, la couche cornée devenait de plus en plus solide et ne s'exfoliait, même pas après un frottement énergique. Il semblait déjà qu'en un ou deux jours de plus tout l'avant-bras serait sain. Mais, subitement, pendant la nuit, apparaissait une démangeaison, et le matin nous trouvions la couche cornée affectée, aussi peu solide qu'au début. De plus, *le phénomène de l'écorchement facile de la couche cornée* reparaissait en même temps, sans qu'il y eut éruption de bulles. Sous la couche cornée enlevée, nous ne trouvions aucun liquide libre ; on pouvait seulement, au toucher (le doigt se collant légèrement), dire que la couche molle de Malpighi était à découvert.

Ainsi les symptômes de l'aggravation de la maladie consistent exclusivement dans le relâchement des adhérences normales entre les couches épithéliales, cette adhérence ayant été jusqu'à un certain point rétablie sous l'influence du traitement. Enfin, la paume des mains et la plante des pieds restaient entièrement indemnes de toute éruption. Pendant les quatre mois et demi d'une observation constante et scrupuleuse, nous n'y avons aperçu aucune bulle ni aucune trace d'une bulle. Au dire de la malade, sur ces régions il n'y a jamais eu aucune éruption. A première vue la peau y était entièrement normale ; nous ne pouvions y produire

d'exfoliation, même après un frottement énergique. Mais une circonstance tout à fait inattendue nous permit d'y constater aussi le manque de solidité des couches épithéliales. La malade, en descendant des balances, tomba, et la paume de sa main gauche glissa sur le bord de la plate-forme. Quand elle se releva, nous avons enlevé de la paume de la main un morceau de la couche cornée d'un ovale régulier de 2 centim. de diamètre sous lequel se trouvait une surface rouge et sèche ; la couche cornée adjacente était exfoliée en forme de collerette, sur une largeur d'un demi-centimètre. Cet aspect donnait l'impression d'une exfoliation de la couche cornée sous forme d'une grande bulle sans liquide, le centre de la bulle étant affaissé circulairement, et la partie périphérique représentant une sorte de collerette exfoliée.

Ainsi donc nous pouvons constater que, sur toute la peau de la malade, sur les parties atteintes ainsi que sur celles qui n'ont jamais présenté de bulles, les liens entre la couche cornée et celle de Malpighi sont altérés à un point, qu'il suffit d'un frottement parfois très faible pour que la couche cornée se détache en forme de lambeau ; que l'affaiblissement des liens entre les couches épidermiques ne dépend pas de l'afflux d'un exsudat liquide, et que l'aggravation de la maladie se manifestait principalement par le relâchement de l'adhérence normale entre les couches de l'épiderme, et, seulement en partie, par la formation de bulles récentes.

Ce fait, à notre avis, a une portée capitale et jette un tout autre jour sur l'exfoliation de l'épiderme chez les malades atteints de pemphigus foliacé de Cazenave. Les auteurs ayant remarqué le manque de solidité des liens de la couche cornée avec les couches profondes de l'épiderme, et le regardant comme un symptôme diagnostique capital, le comprennent comme un phénomène secondaire, dans le cours de la maladie, dépendant de la formation primitive des bulles (1). Nous constatons, dans notre cas, l'exfoliation de la couche cornée, non seulement sans la formation de bulles, mais aussi sans aucun exsudat apparent, sous l'influence d'une autre cause, inhérente aux cellules épithéliales elles-mêmes, dépendant sans doute d'un trouble dans leur nutrition.

Notre constatation du défaut d'adhérence des couches épithéliales sur toute l'étendue de la peau, même sur les points où il n'y avait jamais eu de bulles, l'absence d'exsudation liquide, par laquelle on pourrait expliquer le soulèvement de la couche cornée ; finalement, les commémoratifs, dans lesquels les secousses nerveuses jouent un grand rôle, nous portent à penser que le processus pathologique dont nous parlons est sous la dépendance d'un trouble trophique de toute la couche épithéliale de la peau.

Le phénomène que je viens de décrire n'est pas l'effet du hasard, mais un caractère propre de la maladie ; j'ai pu le constater plus tard

(1) Kaposi dit que l'épiderme ne se rétablit pas sur la place des bulles. Bebrend prétend que l'affaiblissement des liens entre la couche cornée et la couche épineuse dépend de l'apparition antérieure et réitérée des bulles.

sur d'autres malades, et entre autres sur une femme atteinte de pemphigus chronique, dans la salle Henri-IV, à l'hôpital Saint-Louis, pendant la visite que j'y ai faite avec mon honoré collègue et ami le Dr Gaucher.

La Société se réunit en comité secret pour entendre les modifications proposées aux Statuts par M. le Secrétaire général.

Le Secrétaire,

E. Jeanselme.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE DE LA PROVINCE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894

Lyon.

ÉMILE GANDAR. — Revue critique de la kératite parenchymateuse ; quelle part revient à la syphilis et aux autres causes de cachexie dans l'étiologie de cette maladie (8 décembre 1893).

Si la symptomatologie, l'anatomie pathologique de la kératite parenchymateuse sont connues et précisées depuis nombre d'années, il n'en est pas de même de son étiologie. Bien des discussions ont été soulevées à son endroit, à en juger par la foule de causes qui ont été invoquées pour l'expliquer.

Entre ces causes multiples, l'auteur a dû se borner à étudier les principales d'entr'elles, c'est-à-dire les rapports de la kératite interstitielle avec la syphilis héréditaire, la syphilis acquise, la scrofule et le tempérament lymphatique, le rachitisme, l'impaludisme, la goutte, le rhumatisme, les troubles génitaux de la femme, le travail de la dentition, la tuberculose. Toutes ces différentes causes ont leurs détracteurs et leurs partisans, mais il faut reconnaître qu'à part la scrofule et la syphilis, les autres ne peuvent être citées que pour mémoire, car leur action est trop incertaine pour pouvoir être adoptée. La tuberculose admise par quelques-uns, a été vigoureusement combattue par d'autres, Hutchinson, Panas entr'autres.

Tout autre serait l'importance de la syphilis soit acquise, soit surtout héréditaire, à qui reviendrait le rôle prépondérant. Toutefois ce rôle ne serait pas le fait d'une action directe, spécifique du virus syphilitique sur la cornée, mais bien d'un vice de nutrition, d'un trouble plus ou moins cachectique qui affecterait le système cornéen aussi bien que d'autres systèmes. Par ce mécanisme, on mettrait d'accord toutes les théories, y compris celles qui veulent que soit par l'impaludisme, soit par la scrofule soit par toute autre maladie affaiblissante, la kératite peut naître alors que, toute idée de syphilis doit être écartée. On a vu en effet des cas authentiques de kératite apparaître chez des sujets certainement indemnes de toute tare syphilitique. De sorte que la kératite interstitielle diffuse ne serait à proprement parler ni scrofuleuse, ni paludéenne, ni syphilitique, et qu'elle serait simplement une lésion banale, un vice de nutrition que la syphilis s'approprie souvent, plus souvent que les autres causes énumérées. Telle est d'ailleurs la théorie de Fournier. Pour Gandar, le trouble de nutrition invoqué ici n'est point dû à un arrêt de développement comme l'expose Fournier, mais bien à une réaction provoquée par l'élimination de virus plus ou moins atténué se faisant par l'intermédiaire de ce puissant émonitoire longtemps méconnu qui est l'œil.

Cette dernière hypothèse, due au professeur Gaget, — qui est du reste à vérifier par l'expérimentation, — serait applicable à tous les cas de

kératite parenchymateuse, même à ceux que l'on a pu observer chez des malades atteints de troubles gastriques. En traversant le système lymphatique de l'œil, les toxines amèneraient une faible réaction, un trouble de nutrition de la cornée d'où appel de leucocytes pour rétablir l'ordre.

Mais pour la majorité des auteurs, la syphilis a une part prépondérante dans l'étiologie de cette maladie. Nul doute pour la syphilis héréditaire ; quant à la syphilis acquise, elle semble devoir prendre de jour en jour une importance plus considérable. Si jusqu'ici cette dernière a été souvent méconnue, c'est que la kératite se rencontre assez fréquemment chez des malades qui n'ont eu qu'une syphilis légère, dont l'existence a pu échapper au médecin et au sujet lui-même.

Jules Quilly. — Traitement de la blennorrhagie chez l'homme par les lavages sans sonde au gallobromol (3 janvier 1894).

Travail consacré au traitement de la blennorrhagie par un médicament nouveau, le gallobromol dont les propriétés ont été étudiées par le professeur Cazeneuve. Le gallobromol est le nom pharmaceutique de l'acide dibromogallique préparé pour la première fois par M. Grimaux. Ce corps se présente sous la forme d'aiguilles blanches très fines légèrement teintées en jaune. Il est très soluble dans l'éther, l'alcool et l'eau bouillante, moins soluble dans l'eau froide. Mais les solutions s'altèrent rapidement surtout si elles ne sont pas faites dans l'eau distillée ; elles prennent en trois ou quatre jours une teinte brune légère qui vire à la longue au brun noir. En raison de sa formule chimique, c'est un dermatique réducteur, c'est-à-dire qu'il agit par la soustraction plus ou moins rapide de l'oxygène aux éléments des diverses couches de la peau ou des muqueuses. D'après les expériences faites par l'auteur sur la végétabilité de certains microbes, il résulte qu'en solution au 1/100, le gallobromol paraît être un antiseptique sur lequel on pourra compter, antiseptique d'autant plus précieux qu'il est peu toxique. On pourra donc sans crainte faire de grands lavages avec des solutions même assez fortes.

Relativement au manuel opératoire préconisé par l'auteur pour le traitement de l'uréthrite blennorrhagique, Quilly rejette les injections pour adopter la méthode des grands lavages de l'urèthre sans soude, cette façon d'agir lui paraissant le plus apte à mener à bien la guérison de la blennorrhagie et à éviter les inconvénients nombreux des autres traitements. Le lavage se fait avec les appareils ordinaires munis d'un embout en caoutchouc durci destiné à obturer le méat. La hauteur à laquelle sera placé le récipient contenant le liquide antiseptique variera suivant les cas, S'il s'agit de l'urèthre antérieur, 0,60 à 0,70 centim. suffisent d'après la plupart des auteurs ; pour laver l'urèthre postérieur, c'est-à-dire pour forcer le sphincter inter-uréthral, 1m30, 1m50 sont le plus souvent nécessaires. Deux lavages devront être faits par jour à raison d'un demi-litre par séance : quant à la température du liquide, elle sera celle de la température ambiante. Les deux solutions employées étaient à 20 p. 1000 dans les premiers jours du traitement et à 40 p. 1000 dans la suite.

Des 39 observations qui accompagnent son mémoire, Quilly conclut que

le gallobromol est un antiseptique assez bon, qu'il a une action très marquée sur la douleur et les érections, que ni la cystite, ni l'épididymite ne sont une contre-indication à son emploi.

Georges Lesterlin. — Le favus à l'Antiquaille et dans la région lyonnaise (4 janvier 1894).

L'auteur s'est proposé une étude géographique du favus notamment dans la région lyonnaise. Pour ce, il a mis en parallèle les statistiques personnelles avec les documents fournis par le ministère de la guerre. De ces derniers recueillis lors des conseils de révision, il résulte qu'il y a une diminution évidente et considérable dans le nombre des hommes actuellement exemptés pour cause de teignes, en le comparant à celui des exemptions faites pour la même cause, il y a vingt-cinq ans.

Il y a donc lieu d'espérer que ce mouvement de décroissance s'accentuera de plus en plus et que, dans un avenir prochain, on verra ce chiffre tomber à zéro, quant à ce qui concerne les jeunes gens appelés à former les contingents de l'année. Les documents officiels prouvent en somme qu'il y a moins de conscrits teigneux qu'autrefois, que certains départements sont plus touchés que d'autres et que la décroissance du favus se fait dans un ordre irrégulier.

Par contre, d'après une statistique faite à l'Antiquaille, comprenant une période de douze années s'étendant de 1882 à 1893, et comprenant Lyon et les cinq ou six départements limitrophes, l'auteur a remarqué une diminution notable jusqu'en 1890 ; mais à partir de cette époque, il constate au contraire une élévation quelque peu inquiétante dans le nombre des teigneux. La raison peut en être rapportée aux conséquences qu'entraîne la loi sur l'instruction obligatoire, en suite de laquelle tout enfant déclaré teigneux par le médecin chargé de l'inspection des écoles est isolé et envoyé à l'hôpital.

Il y aurait donc ainsi désaccord entre la statistique du ministère et celle de la région lyonnaise. Le défaut de concordance tiendrait à ce que lors de la conscription, nombre de sujets sont déjà guéris de leur affection et présentent une alopécie moyenne ou légère qui ne les empêche point de satisfaire à la loi militaire.

D'après Lesterlin, il faut donc impunément éliminer la teigne de la liste des causes d'exception du service militaire, ainsi que cela a lieu en Autriche, que la teigne soit ancienne et alors accompagnée d'alopécie, ou bien qu'elle soit récente. Mais dans les deux cas l'incorporation des faviques doit se faire. Car de tous les teigneux qui chaque année sont exemptés par les conseils de révision, il y en a au moins les deux tiers qui feraient d'excellents soldats. Il y a là une réforme désirée depuis longtemps et qui réclame l'attention de l'autorité militaire.

Henri Carbonnier. — Contribution à l'étude de l'angine syphilitique aux trois périodes (13 janvier 1894).

La dysphagie est un symptôme commun aux accidents syphilitiques des trois périodes. En effet, qu'il s'agisse d'un chancre de l'amygdale, de

plaques muqueuses ou bien de lésions tertiaires, le malade accuse toujours une sorte d'angine ou plus véritablement une gêne, une douleur dans l'arrière-gorge surtout lors du passage des aliments. Sans doute, les syphiligraphes connaissent cette dysphagie, mais ils n'ont pas insisté assez nettement sur sa durée excessive ou s'ils l'ont fait incidemment, ils ne l'ont pas, d'après Carbonnier, mise en relief comme elle mérite de l'être. Cette dysphagie est caractérisée en premier lieu par la douleur qui s'éveille ou s'exaspère quand le sujet avale on en fait le simulacre, c'est-à-dire au deuxième temps de la déglutition. Son siège, un peu variable avec les lésions est le plus souvent au niveau des amygdales. On peut donc la définir « douleur assez notable au passage des aliments, siégeant au niveau des amygdales ou d'une façon plus générale, dans l'arrière-gorge », mais son caractère vraiment essentiel, c'est la durée. D'après Carbonnier, dans la pratique, une dysphagie prolongée doit toujours éveiller l'attention du côté de la syphilis. Mais pour ce, il faut qu'elle ait au moins une durée de trois semaines, c'est-à-dire qu'elle ait dépassé franchement la durée des affections aiguës pour entrer dans le domaine des affections chroniques.

Quant à l'objection qu'on pourrait lui faire que certaines affections chroniques autres que la syphilis peuvent donner lieu à une dysphagie d'aussi longue durée, l'auteur répond que ces cas sont relativement fort rares, et en présence de la difficulté de certains diagnostics différentiels, il vaut mieux, et c'est là sa conclusion, s'exposer à déclarer syphilitique un accident banal, qu'à traiter d'une façon banale un accident syphilitique.

Jules Jirou. — Contribution à l'étude de l'actinomycose en France et en particulier dans la région lyonnaise (20 janvier 1894).

Nous ne retiendrons ici de ce travail que les particularités afférentes à l'actinomycose de la peau et des organes génito-urinaires. D'ailleurs, cette maladie, connue seulement depuis 1879, est relativement rare en France, chez l'homme. Aussi l'histoire clinique de cette affection est-elle loin encore d'être fixée. Toutefois l'actinomycose de la peau, déclarée au début exceptionnelle, se rencontrerait encore assez souvent. Jirou en a rassemblé onze cas.

D'après Majoccki, qui, à lui seul, a rapporté quatre observations, la maladie affecterait deux formes cliniques : la forme anthracoïde qui a une marche subaiguë et la forme ulcéro-fongueuse qui a une grande tendance à la chronicité. Le début se manifesterait par des nodosités, des tuméfactions et des séries de cordons qui suppurent d'ordinaire et qui laissent échapper des granulations jaunâtres, le tout non accompagné d'adénite. Mais c'est le microscope qui permettra d'établir un diagnostic plus précis en montrant dans les grains jaunes les filaments ou les renflements en massue qui sont caractéristiques.

Quant aux cas d'actinomycose des organes génito-urinaires, ils sont très rares, et quand ils se produisent, ce n'est pas primitivement, mais bien secondairement à une effraction de la muqueuse intestinale ou génitale externe, d'où possibilité pour l'actinomycose de gagner les organes génito-urinaires internes.

En fait, au point de vue symptomatologique, les lésions actinomycosiques apparentes n'ont rien de caractéristique. Pourtant il convient d'ajouter que l'association d'un double processus néoplasique et inflammatoire, autrement dit d'un néoplasme et d'une inflammation simple, doivent mettre en garde contre la possibilité de l'actinomycose. Cliniquement, les lésions actinomycosiques ont une certaine ressemblance avec les lésions tuberculeuses ou syphilitiques tertiaires, ressemblance d'autant plus frappante avec cette dernière surtout, que l'iodure semble avoir une action aussi heureuse sur l'actinomycose que sur la syphilis tertiaire.

MAXIME ALBERT — De la blennorrhagie uréthrale chez la femme et de son traitement (5 avril 1894).

C'est le gallobromol déjà expérimenté par Quilly dans l'hérédité blennorrhagique de l'homme qui fait l'objet de ce mémoire. L'auteur a voulu à son tour nous montrer les heureux effets qu'il en a obtenus dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale de la femme.

Le gallobromol joignant à un pouvoir antiseptique assez considérable la propriété de provoquer sans réaction douloureuse une desquamation large et intense, ce médicament doit être indiqué dans la cure de l'uréthrite parce qu'en détruisant ainsi la barrière qui interdit l'accès des couches profondes aux agents antiseptiques ordinaires, il aurait une action beaucoup plus puissante que ces derniers. Aussi cet agent comparé au sublimé, au nitrate d'argent, au permanganate de potasse, donne-t-il des résultats plus rapides surtout dans les cas de blennorrhagie ancienne, celles surtout où la muqueuse et les glandes uréthrales sont envahies.

Voici résumé le manuel opératoire préconisé par l'auteur pour le traitement : 1° Lavage vésical avec la solution au 1/20. 500 grammes de liquide à peu près doivent être employés pour ce lavage. On peut sans inconvénients en laisser une centaine de grammes dans la vessie. 2° Écouvillonage de l'urèthre avec la solution au 1/5 ou mieux application d'un crayon mitigé qu'on laisse alors deux ou trois heures. Si l'urètre est seul atteint, introduction pendant toute la durée du traitement d'un tampon de gaze iodoformée dans le vagin, pour prévenir autant que possible la propagation de l'infection à l'utérus. Dans le cas contraire, traitement simultané des autres localisations par le gallobromol qui produira toujours, surtout dans la vaginite, les plus remarquables résultats. Enfin, traiter hâtivement pour obtenir un succès rapide et surtout ne pas interrompre le traitement, ce qui, d'après l'auteur, serait la cause de la lenteur de la guérison dans quelques cas.

JULES ERAUD.

Bordeaux.

LASNET. — Étude bactériologique du chancre mou et du bubon chancreux.

Cette thèse est le développement d'un mémoire sur le même sujet publié par Dubreuilh et Lasnet dans les Archives cliniques de Bordeaux.

octobre et novembre 1893 et analysé ici-même par M. Thibierge (*Annales de Dermatologie*, mai 1894).

Ruelle. — Contribution à l'étude du mycétome.

L'auteur donne une description complète de la maladie dénommée mycétome ou pied de Madura, tant clinique que anatomo-pathologique. Il discute la question de l'identité du mycétome et de l'actinomycose. Les analogies sont nombreuses au point de vue clinique, mais il existe assez de différences au poiut de vue anatomique et bactériologique pour faire considérer comme différentes ces deux maladies bien qu'elles soient dues à des parasites certainement très voisins.

Boudou. — De la mélanodermie phthiriasique.

Après avoir décrit la mélanodermie phthiriasique, M. Boudou passe en revue les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer cette pigmentation. Fabre, de Commentry, a montré que la mélanodermie est liée à la présence des poux, et n'est pas uniquement le résultat de la cachexie. La plupart des dermatologistes l'attribuent au traumatisme du grattage. M. Thibierge ayant constaté que la pigmentation peut se produire loin des régions occupées par les poux et notamment à la muqueuse buccale admet que dans les mauvaises conditions de nutrition où se trouvent les malades, le sang altéré au niveau des lésions de grattage se transforme en pigment qui est transporté par le sang.

M. Boudou montre que la pigmentation ne peut pas être attribuée uniquement au grattage, puisque d'autres maladies non moins prurigineuses telles que la gale ou les prurits toxiques ou séniles n'occasionnent pas de mélanodermie comparable à celle de la phthiriase.

D'autre part, même parmi les phthiriasiques, ce ne sont pas ceux qui se grattent le plus qui sont les plus pigmentés ; il est des malades, tel un, dont l'observation est rapportée par M. Besnier qui était très mélanodermique bien qu'il ne se grattât presque pas.

M. Boudou en conclut que la pigmentation est le résultat direct de la piqûre des poux et que comme le pou du pubis, le pou des vêtements inocule avec sa salive irritante une substance pigmentée ou qui provoque dans l'organisme la production d'un pigment. Les expériences entreprises n'ont pas donné de résultat positif de sorte que cette explication pathogénique reste à l'état d'hypothèse, très vraisemblable, il est vrai, mais non démontrée.

Abeille de la Colle. — Contribution à l'étude de la morphée.

Étude sans grande originalité basée sur deux observations nouvelles.

La première est relative à un homme de 25 ans, un peu irritable et violent, mais sans tare nerveuse, qui a remarqué depuis un an une plaque blanche et nacrée sur le côté droit de la poitrine. Cette plaque s'est lentement accrue et atteint 3 centimètres de long sur 1 et demi de large. Elle est blanche, brillante, nacrée, non saillante, mais dure et lardacée à la palpation ; les poils persistent à sa surface mais atrophiés ; la sensi-

bilité est peut-être un peu diminuée. Le pourtour est marqué par un liseré violacé bien accusé.

Le second malade est âgé de 16 ans. La plaque de morphée qui mesure 3 centimètres sur 2, siège dans la région parotidienne droite; elle est décolorée, bien limitée, un peu dure surtout au centre avec un liséré lilas à peine marqué. Tous les traitements employés, bromures, électrisation, massage sont restés infructueux.

Erdinger. — Du massage dans le traitement des ulcères variqueux.

Le massage est le moyen le plus actif de modifier la nutrition des membres variqueux. Il active la circulation lymphatique et fait disparaître l'infiltration qui entoure l'ulcère.

Dans les douze observations rapportées, nous voyons au bout de cinq à six séances de massage les douleurs se calmer, les troubles de la sensibilité disparaître au voisinage de l'ulcère, les bords calleux et enflammés s'affaisser et s'assouplir; la surface de l'ulcère prend meilleur aspect. Les jours suivants, la cicatrisation s'effectue avec une grande rapidité. Ces observations sont d'autant plus concluantes que certains malades alités n'ont vu l'amélioration se faire et les douleurs disparaître qu'à partir du moment où l'on a commencé le massage ; les autres ont guéri sans cesser leur travail.

Voici la technique suivie par l'auteur. Après un nettoyage complet du membre et même du malade tout entier avec un bain et des lavages antiseptiques au sublimé, « nous procédons à l'effleurage, non pas avec toute la main mais seulement avec l'extrémité des doigts recouverts de vaseline boriquée. Ce mode d'effleurage beaucoup plus délicat permet de mieux graduer les pressions exercées et a paru toujours avoir un effet sédatif plus marqué sur les extrémités nerveuses.

« On commence cet effleurage dans la partie supérieure de la jambe au-dessus de l'ulcère dont on se rapproche progressivement tout en conservant à ses mouvements une direction centripète. Cet effleurage périphérique doit varier d'importance et de durée suivant l'état de la peau tout autour de l'ulcère. Au niveau des bords, on applique de la même façon un effleurage en rapport avec leur degré d'induration, on a soin de commencer par le bord supérieur, pour continuer par les bords latéraux jusqu'au bord inférieur. On passe ensuite à l'effleurage de la jambe au-dessous de l'ulcère. Ici encore l'état des téguments doit fixer la durée et la force des pressions.

» Si le fond de l'ulcère est grisâtre, séreux, torpide, on ne doit plus se contenter de masser les bords, il faut le masser aussi. Pour cela, on prend un léger morceau de toile recouvert de vaseline boriquée et, l'ulcère une fois recouvert, on pratique un léger effleurage par dessus le pansement.

« Ce massage, tout entier, doit durer, suivant les cas, de dix à quinze minutes. On termine par un pansement antiseptique.

Taburet. — Contribution à l'étude clinique de l'actinomycose cutanée chez l'homme.

Revue d'ensemble sur les symptômes de l'actinomycose basée sur une observation nouvelle.

Leroux. — Contribution à l'étude du lymphangiome de la cavité buccale.

Thèse basée sur une observation de lymphangiome congénital de la joue droite chez une petite fille de 6 ans. La tuméfaction de la joue avait été notée dès la naissance. La joue droite retombe en déformant la commissure labiale en l'abaissant ; la joue est épaisse, de consistance molle. La muqueuse est rugueuse et parsemée de petites éminences blanchâtres sur toute son étendue.

Traitement par l'électrolyse bipolaire avec des aiguilles d'acier. Une première séance de 7 minutes et demie à 16 milliampères. Une seconde de 5 minutes à 30 milliampères. La troisième (12 minutes et 50 milliampères) détermine un escarre du volume d'une noisette. Deux mois après la dernière séance l'asymétrie faciale était à peine perceptible. Cependant on pouvait encore trouver à la palpation un noyau de lymphangiome du volume d'une fève.

Henri. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

L'étude a porté uniquement sur la paralysie générale juvénile et sur la paralysie générale conjugale. Pour le premier groupe de faits il résulte de l'examen de 33 cas relevés, dans les auteurs que la paralysie générale qui survient avant 20 ans est le résultat de la syphilis, héréditaire ou infantile acquise. L'analyse de 23 cas de paralysie générale atteignant les deux époux, démontre dans presque tous la syphilisation réciproque des deux conjoints.

Gentilhe. — De la stomatite impétigineuse.

La description de la maladie est surtout empruntée aux travaux de Sevestre. L'auteur rapporte deux observations de stomatite impétigineuse très étendue, caractérisée par des fausses membranes blanchâtres, irrégulières, siégeant sur la lèvre, les joues, les gencives, la gorge et la langue.

L'éruption survenue très rapidement et consécutivement à l'impétigo de la face a guéri très promptement avec des lavages antiseptiques de la bouche. Les cultures ont montré des staphylocoques blancs dans les lésions buccales.

Parrain. — Sur les gommes syphilitiques de la trachée.

Dans un grand nombre de cas les gommes de la trachée n'ont été reconnues qu'à l'autopsie. Parrain rapporte deux nouveaux cas diagnostiqués pendant la vie ; mais dans le second trop tard pour sauver le malade.

La première observation (obs. VIII) est celle d'une femme de 49 ans, qui est atteinte depuis quelques jours d'une toux quinteuse, rauque, avec dyspnée d'effort ; la voix est à peu près normale. Puis la respiration devient plus difficile, sifflante, avec cornage trachéal, toux fréquente, expectoration muco-purulente striée de sang ; accès de suffocation nocturne. A l'auscultation quelques signes de bronchite. L'examen laryngoscopique montre le larynx sain, mais pendant les inspirations profondes

on aperçoit la trachée rouge, infiltrée, gonflée, faisant à droite une saillie dans la lumière du conduit. Le traitement mixte à petites doses amène une amélioration rapide et la guérison est complète en deux mois.

Le second malade (obs. IX) est un homme de 39 ans, sans antécédents syphilitiques bien nets qui entre à l'hôpital avec une dyspnée considérable, un cornage trachéal intense, du tirage sus-sternal et épigastrique. Rien à l'auscultation des poumons ; l'examen laryngoscopique ne montre pas de lésion du larynx. Malgré le traitement antisyphilitique le malade meurt au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouve à la bifurcation de la trachée la muqueuse rouge et ramollie ; la muqueuse de la bronche droite est également rouge et gonflée ; la bronche gauche présente des parois épaissies, dures, et une oblitération presque complète en un point. Ce rétrécissement est constitué par une masse rouge vif uniforme tapissant la bronche en dedans du cartilage. W. Dubreuilh.

Montpellier.

H. Sélignac. — Traitement de la syphilis par le gallate de mercure, (n° 2).

L'auteur a consacré sa thèse à l'étude thérapeutique d'un nouveau produit mercuriel, *le gallate de mercure*, dont les recherches récentes, faites par MM. Gaz et Brousse (de Montpellier) et communiquées à l'Académie des Sciences le 31 juillet 1893, avaient montré la valeur comme antisyphilitique.

Ce produit se prépare, d'après les indications de M. Gaz, en mélangeant par trituration :

Acide gallique cristallisé	37,60
Oxyde mercurique jaune	21,60

On dessèche ensuite le mélange obtenu et on le réduit en poudre. On obtient ainsi une poudre vert noirâtre constituant un composé, sinon absolument défini, du moins d'une richesse en mercure constante ; elle renferme 37,17 p. 100 de son poids de mercure métallique.

Expérimentée à la Clinique dermatologique de Montpellier cette préparation a été administrée à la dose de 5 à 20 centigr. par jour, en pilules d'après la formule suivante :

Gallate de mercure	0 gr.05
Extrait de quinquina	0 gr.10

— pour une pilule, la dose moyenne journalière étant de deux pilules.

L'auteur fait remarquer que donné à cette dose et même à dose double le médicament ne provoque presque jamais d'accidents mercuriels, si communs avec le protoïodure et le sublimé, surtout lorsqu'on a affaire à des sujets ayant une mauvaise dentition ou un estomac délabré. En outre, il présente l'avantage de pouvoir être administré sans l'adjonction d'extrait d'opium.

Sa valeur comme antisyphilitique n'est pas inférieure aux autres sels mercuriels : il est, d'ailleurs, rapidement absorbé, puisqu'on a pu déceler

la présence du mercure dans les urines des premières vingt-quatre heures qui ont suivi son ingestion. S'appuyant sur soixante observations recueillies dans le service de M. Brousse, M. Sélignac montre que cette préparation s'est montrée efficace dans tous les cas de syphilis primaire et secondaire où on l'a administrée.

L'auteur en conclut que le gallate de mercure peut rendre de réels services à la thérapeutique de la syphilis, en particulier dans les cas où les préparations classiques de protoïodure et de sublimé se trouvent contre-indiquées par suite d'une mauvaise dentition, de troubles digestifs, d'un état général cachectique.

Pierre Bosc. — Le gonocoque (bactériologie, clinique, médecine légale) (n° 3).

Cette thèse constitue une importante revue critique, très documentée, de la question du gonocoque. Des nombreux travaux publiés sur ce sujet, l'auteur conclut que le gonocoque est bien l'agent spécifique de la blennorrhagie.

Au point de vue bactériologique, il lui reconnaît les caractères suivants: c'est un diplocoque se colorant par les couleurs d'aniline, se décolorant par la méthode de Gram, donnant sur gélose des cultures d'un blanc grisâtre, liquéfiant la gélatine et se développant sur la pomme de terre en colonies rappelant des gouttelettes de pus. Ces caractères permettent de distinguer nettement le gonocoque dans la plupart des cas.

Mais en médecine légale, il faut se montrer très réservé, en particulier quand il s'agit de taches souillant du papier ou du linge, surtout si elles ne sont pas très récentes, car les recherches de l'auteur lui ont constamment montré les leucocytes détruits dès le cinquième ou sixième jour. Les cultures obtenues avec ces taches ne donnent pas non plus des résultats suffisamment démonstratifs.

En ce qui concerne les complications de la blennorrhagie, M. Bosc admet que les unes sont dues aux toxines, les autres aux saprophytes, certaines au gonocoque lui-même. Mais il ne reconnaît pas au gonocoque le pouvoir d'envahir la totalité de l'organisme pour constituer une véritable maladie infectieuse: celui-ci pourrait seulement, par l'affaiblissement général dont il est cause, permettre des infections secondaires, qui, par leurs manifestations multiples, donnent au point de vue clinique, le tableau d'une maladie générale.

Enfin, pour l'auteur, le gonocoque n'est pas le seul agent de la pathologie inflammatoire de l'urèthre ; à côté de l'uréthrite blennorrhagique, il y aurait lieu de décrire des uréthrites de natures diverses.

A. Cros. — Contribution à l'étude des localisations de la blennorrhagie sur les nerfs périphériques (n° 4).

Sous ce titre, l'auteur étudie : d'une part les névrites, d'autre part les névralgies développées sous l'influence de la blennorrhagie.

En ce qui concerne les névrites, qui constituaient la partie la plus intéressante du sujet, il rapporte quelques observations, dont une per-

sonnelle de pseudo-tabes, mais on peut leur reprocher de n'être pas très démonstratives au point de vue de l'origine blennorrhagique.

Quant aux névralgies, il ne fait que reproduire les faits antérieurement publiés, en particulier ceux de M. Fournier et de Brisson.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie peut se localiser sur les nerfs périphériques, sans qu'il y ait lésion apparente du système nerveux central.

2° Elle peut produire des névrites périphériques, soit localisées, soit disséminées.

3° La blennorrhagie peut occasionner des névralgies, principalement des névralgies sciatiques et névralgies crurales.

G. Montseret. — Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique de la période secondaire (n° 47).

C'est en 1890 que Chantemesse et Widal firent connaître les premières observations de pleurésie syphilitique développée au cours de la période secondaire, qu'ils désignèrent sous le nom de *pleurésie du stade roséolique.*

Depuis cette époque, un certain nombre de faits de même ordre ont été publiés.

M. Montseret, ayant eu l'occasion d'en observer trois nouveaux cas dans le service de la clinique dermatologique de Montpellier, s'est proposé dans sa thèse de tracer une monographie de la question, en s'appuyant sur l'ensemble des faits connus. Il reconnaît à la pleurésie syphilitique les caractères suivants :

Elle apparaît soit dans les premiers mois après le début de l'infection, concurremment avec l'exanthème cutané et les premières manifestations muqueuses ; soit un peu plus tard, mais toujours au cours d'une poussée éruptive.

Au point de vue symptomatique, tantôt elle s'annonce bruyamment par un violent point de côté, une dyspnée intense, quelquefois une fièvre vive, etc., tantôt, au contraire, son début est absolument latent, et la pleurésie ne se révèle que si on la cherche, à l'occasion d'une pleurodynie ou d'un léger mouvement fébrile.

La manifestation pleurale est uni ou bilatérale, sèche ou avec épanchement, mais, dans ce dernier cas, l'épanchement est rarement assez abondant pour nécessiter une ponction.

Elle présente parfois une marche irrégulière, procédant par poussées successives. D'autres fois, elle coïncide ou alterne avec des manifestations arthropathiques.

Sa caractéristique est de résister au traitement vulgaire de la pleurésie et de céder au contraire rapidement au traitement antisyphilitique, et en particulier au traitement mixte.

La conclusion qui se dégage de ce travail est qu'il peut se produire, au cours de la période secondaire de la syphilis, une pleurésie produite directement par l'infection syphilitique.

A. Brousse.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE (14, 15 et 16 mai 1894, A BRESLAU (1).

Séance du 15 mai.

PRÉSIDENCE DE M. LANG.

Anatomie pathologique du processus blennorrhagique.

M. FINGER présente des préparations d'uréthrite aiguë provenant d'individus morts auxquels on avait inoculé des cultures pures de gonocoques ; sur huit cas il y avait eu chez trois un résultat positif. Chez ces trois malades, pas ou très peu de fièvre ; pour les autres, chez lesquels l'inoculation avait été négative, la fièvre avait dépassé 39°,5. Or, on sait que la fièvre modifie l'uréthrite aiguë, diminue la sécrétion ou même l'arrête. D'après Bumm, le gonocoque meurt à 39°. La température fébrile crée une immunité temporaire. Si les mammifères sont réfractaires aux gonocoques, cela tient sans doute à ce que leur température oscille entre 39° et 40°.

Dans deux cas, les malades succombèrent au bout de quarante-huit heures ; tous les accidents étaient très légers. Dans le troisième cas, trois jours s'étaient écoulés, de sorte que les lésions blennorrhagiques typiques étaient déjà très caractérisées. La muqueuse uréthrale, jusqu'au milieu du pénis, était rouge et tuméfiée ; l'épithélium pavimenteux de la fosse naviculaire ne présentait que peu de modifications, on ne pouvait pas encore constater sa disparition. Par contre, l'épithélium cylindrique était le siège d'altérations plus graves, ses couches supérieures étaient en voie d'exfoliation ; le tissu conjonctif était infiltré ; les lésions n'existaient que sous forme de foyers. Les anomalies les plus accentuées se trouvaient au voisinage des follicules et des lacunes. Les lacunes de Morgagni étaient très altérées, leurs lumières remplies de bouchons de pus ; il en était de même des glandes de Littre qui contenaient des bouchons de pus siégeant profondément. Dans l'épithélium pavimenteux, les gonocoques étaient situés superficiellement ; dans l'épithélium cylindrique, profondément, et arrivaient jusque dans les couches supérieures du tissu conjonctif. Dans les lacunes de Morgagni et les glandes de Littré, ils étaient dans les corpuscules de pus. Les cellules contenaient de nombreux gonocoques ; l'épithélium glandulaire sécrétant, au contraire, est réfractaire à l'invasion des gonocoques. Ils ne pénètrent ici ni entre les cellules, ni dans le tissu conjonctif, ils sont libres ou dans des corpuscules de pus.

L'orateur rapporte ensuite un cas d'arthrite blennorrhagique chez un enfant.

Voici les conclusions de Finger :

1° Le gonocoque se fraie très rapidement un passage à travers l'épithé-

(1) Voir le commencement dans le numéro des *Annales* de novembre.

lium cylindrique de l'urèthre, et se trouve déjà, trois jours après l'infection, en grande quantité dans le tissu conjonctif ;

2° L'épithélium pavimenteux de la fosse naviculaire, au contraire, oppose de plus grands obstacles à l'immigration du gonocoque, qui ne se multiplie ici qu'à la surface ;

3° Le gonocoque arrive, dans la profondeur des lacunes de Morgagni et dans la lumière même des glandes de Littre, situées profondément, aussi rapidement que dans le tissu conjonctif;

4° Dans les tissus envahis par le gonocoque (épithélium, tissu conjonctif), il y a dans le tissu une réunion de gonocoques et de leucocytes ;

5° Dans l'épithélium pavimenteux, où, en raison de sa structure, le gonocoque reste superficiel, on trouve aussi un mélange de gonocoques et de leucocytes, naturellement rien qu'à la surface ;

6° Pour pénétrer dans la circulation le gonocoque peut déterminer une série de foyers métastatiques inflammatoires dans les articulations, le tissu périarticulaire, le périchondre;

7° Dans ces foyers également la plus grande partie des gonocoques est renfermée dans des cellules de pus.

M. Jadassohn affirme que la plupart des abcès blennorrhagiques sont de pseudo-abcès provoqués par destruction et chute des cellules qui revêtent les espaces préformés dans lesquels se ramasse le pus. Des séries de coupes le démontrent d'une manière certaine. Ce n'est que très rarement qu'on observe le passage des pseudo-abcès en suppuration vraie du tissu conjonctif. Quant à l'arthrite blennorrhagique, l'orateur n'a pu, dans trois cas, trouver d'organismes, bien que, dans un cas, il eût fait la ponction un jour après l'apparition de la tuméfaction; ce résultat négatif n'est pas en contradiction avec l'importance des gonocoques pour les métastases blennorrhagiques. On ne peut expliquer ces dernières que de cette façon : les gonocoques n'ont pas encore émigré de la membrane synoviale dans l'exsudat, ou y sont morts.

En résumé, selon Jadassohn :

1° La blennorrhagie est, avant tout, d'après les plus récentes recherches, une maladie superficielle ;

2° Une partie des lésions décrites comme abcès blennorrhagiques provient d'infection mixte, secondaire; une autre partie tient à l'accumulation du pus dans des formations revêtues primitivement d'épithélium (pseudo-abcès) ;

3° Il est cependant incontestable aussi qu'il se produit une véritable suppuration du tissu conjonctif, à la suite de l'invasion des gonocoques ;

4° Les gonocoques peuvent aussi pénétrer dans le tissu sous-cutané péri-uréthral ;

5° Dans tous les points où des gonocoques et des cellules de pus se rencontrent, ils présentent une grande tendance à se réunir ; si les gonocoques ne se trouvent que dans des couches supérieures de l'épithélium, cette réunion ne peut avoir lieu que là; s'ils sont dans le tissu conjonctif, elle se produit aussi dans l'intérieur de ce tissu;

6° Les modifications histologiques dans l'infection purement épithéliale se distinguent de celles qui ont lieu dans l'infection du tissu conjonctif;

7° Les métastases blennorrhagiques proprement dites, spécialement les arthritides, proviennent simplement d'une invasion de gonocoques ; les gonocoques peuvent manquer dans l'exsudat récent comme dans l'exsudat plus ancien; plus le pus est abondant, plus il est facile de constater la présence des gonocoques dans le contenu de l'abcès. La présence des gonocoques dans la membrane synoviale suffit pour amener de l'exsudat;

8° Dans la blennorrhagie de la glande de Bartholin, le processus blennorrhagique paraît toujours se limiter au conduit excréteur; l'épithélium glandulaire en voie de sécrétion paraît réfractaire à l'invasion des gonocoques, bien qu'il soit cylindrique. L'épithélium cylindrique des canaux excréteurs peut au contraire être envahi. Dans la blennorrhagie de la glande de Bartholin, il se produit fréquemment des pseudo-abcès.

Des complications métastatiques de la blennorrhagie.

M. Jacobi a observé à plusieurs reprises des métastases dans les tendons. Dans les deux premiers cas, il s'agit d'une achillodynie. Sa marche est essentiellement chronique ; les mouvements sont difficiles, ce qui entraîne une altération de l'état général. Dans les deux cas, il se produisit en outre une cachexie évidente, sans connexion avec l'état local. A chaque récidive, la cachexie se renouvelait, et amenait même des syncopes. Dans un autre cas, il s'agit d'une tendo-vaginitis blennorrhagique dans le tibialis posticus, où, microscopiquement, la connexion pouvait être démontrée. Il s'était formé un abcès derrière la malléole externe ; des essais de culture avec le contenu de l'abcès renfermant des diplocoques, sur un terrain de culture ne contenant pas de sérum, montrèrent que sur 12 verres 11 restaient stériles ; dans l'un se développèrent des staphylocoques, ce qui était dû probablement à une souillure accidentelle.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'achillodynie décrite par Alibert constitue une complication vraie, métastatique de la blennorrhagie;

2° Dans l'infection blennorrhagique générale (gonohémie), il existe accidentellement une cachexie spécifique, blennorrhagique;

3° La tendo-vaginite blennorrhagique purulente est une métastase vraie de la blennorrhagie, uniquement provoquée par les gonocoques.

Discussion des trois communications : M. Touton a vu, dans un cas, de l'érythème multiforme correspondant à l'inflammation du tendon d'Achille. Il a aussi toujours trouvé de la cachexie dans les cas de maladie blennorrhagique générale, vraisemblablement sous l'influence possible de toxines. On ne peut expliquer les complications de la blennorrhagie que par de véritables métastases des gonocoques. Dans une préparation provenant d'une vésico-pustule d'herpes gestationis il a trouvé des micro-organismes qui se distinguent difficilement des gonocoques. Peut-être s'agit-il aussi dans cette dernière affection d'une infection blennorrhagique?

M. Rosenthal rappelle l'opinion de Renvers qui admet l'origine syphilitique de l'achillodynie.

M. Wertheim. — Les recherches de Finger et de Jadassohn démontrent, ce qu'il a le premier soutenu, que les gonocoques peuvent pénétrer dans le tissu conjonctif. Il ne saurait confirmer absolument les assertions de

Finger sur l'influence de la température sur les gonocoques, car dans ses expériences ces derniers ne succombent pas à une température de 40° à 42°. Même maintenus pendant deux heures à une température de 45° on peut les cultiver de nouveau. La fièvre n'interrompt pas le processus blennorrhagique, mais les toxines qui naissent avec le processus morbide en question.

La symbiose des gonocoques avec bactéries pyogènes n'est, comme le dit aussi Finger, que temporaire. Dans la pyosalpingite, etc., l'orateur n'a jamais trouvé que des gonocoques. C'est dans l'ovaire que l'on démontre le mieux les abcès déterminés par des gonocoques ; ce sont de véritables abcès. Il y a aussi de pseudo-abcès dans le sens indiqué par Jadassohn.

A propos de la blennorrhagie latente, il s'agit de savoir si, dans la blennorrhagie chronique, les gonocoques subissent une atténuation de la virulence. Wertheim a fait des cultures pures avec la sécrétion d'un malade atteint de blennorrhagie chronique, et a ensuite inoculé l'urèthre de ce même malade ; le résultat a été négatif, car, comme l'a dit Neisser, l'urèthre s'est accoutumé à ses gonocoques. L'inoculation à un autre urèthre fut positive. L'atténuation de la virulence n'a pas lieu. Toutes les blennorrhagies chez la femme surviennent d'une manière aiguë, alors même que ce début aigu échappe souvent à l'observation du médecin et aussi des malades ; il n'y a pas de formes survenant d'une manière latente. L'orateur a cultivé des cultures pures provenant du deuxième individu inoculé avec un résultat positif, puis à réinoculé ces cultures sur le premier ; le résultat fut positif : l'homme eut une blennorrhagie aiguë. Les gonocoques avaient de nouveau repris leur virulence, même pour celui dont ils provenaient. En ce qui concerne le mariage, il faut admettre qu'un blennorrhagien chronique infecte sa femme, par laquelle plus tard il sera contaminé. Il y a un échange continu de gonocoques. Mais finalement la virulence réciproque se compense, et ils ne peuvent plus s'infecter mutuellement ; toutefois un troisième peut être contaminé par la femme.

M. Neisser. — Les métastases des gonocoques ne sauraient être mises en doute ; l'immigration dans le tissu conjonctif n'est pas la règle, mais aussi les métastases ne sont que des exceptions. Peut-être l'âge joue-t-il un rôle ? Il faut actuellement étudier les conditions dans lesquelles les gonocoques pénètrent plus profondément. Le cas de Leyden concorde avec les opinions de l'orateur. Quant à l'influence de la température, il y a une différence entre les processus dans la culture et les conditions chez le vivant où le milieu de culture n'est pas aussi favorable.

M. Finger partage sur ce point l'opinion de Neisser. La durée de l'action de la température est importante. Quant à la symbiose, dans le cas mentionné, le staphylocoque avait vraisemblablement pénétré dans l'articulation temporo-maxillaire par suite de la ponction, mais il lui a été impossible de le démontrer, car, ni macroscopiquement ni microscopiquement, il n'existait d'altérations anatomiques quelconques.

M. Neuberger n'a jamais vu — et ne se rappelle pas avoir lu — qu'un homme marié atteint de blennorrhagie chronique ait contracté une blennorrhagie aiguë de sa femme infectée par lui.

M. Petersen est absolument d'accord avec Wertheim en ce qui concerne l'infection réciproque ; on connaît, en effet, beaucoup de cas dans lesquels une sécrétion récente ne détermine pas d'infection. En dehors de la température, d'autres causes peuvent agir sur les gonocoques. Des lavages de l'urèthre avec de l'eau à 55° c. n'ont pas d'action curative, peut-être en raison du peu de durée de l'irrigation.

M. Gasper rapporte le cas suivant qui correspond aux opinions de Wertheim : un malade infecte sa femme ; les deux furent, dit-on, déclarés guéris, toutefois on ne permit le coït qu'en prenant des précautions ; pas d'infection. Mais la première fois où les précautions ne furent pas prises, l'homme contracta une blennorrhagie aiguë.

M. Finger. — On croyait autrefois à l'immunité dans l'uréthrite chronique, mais de nouvelles recherches lui ont montré qu'il ne reste pas d'immunité de l'infection.

M. Löwenfeld n'a jamais vu une blennorrhagie aiguë par infection réciproque.

Traitement endoscopique des différentes variétés de blennorrhagie, avec remarques sur le traitement mécanique en général.

M. Grunfeld, après un exposé de l'état actuel de l'endoscopie, arrive aux conclusions suivantes :

1° L'examen endoscopique de l'urèthre donne les meilleurs résultats en se servant de la méthode la plus simple, accessible à chaque médecin ;

2° L'éclairage par réflexion, comme dans la laryngoscopie, etc., est le plus commode : il faut préférer l'éclairage direct, à celui qu'on n'obtient que par des appareils compliqués ;

3° Dans l'examen de l'urèthre il faut autant que possible ne pas modifier l'état normal, par conséquent éviter l'extension maxima du canal ;

4° L'examen endoscopique doit permettre d'établir un diagnostic exact de la partie postérieure comme de la partie antérieure de l'urèthre :

5° Il faut faire précéder le diagnostic endoscopique de l'analyse chimico-microscopique de la sécrétion et de l'urine ;

6° Les formes diffuses de l'uréthrite ne sont que par exception justiciables du traitement endoscopique ;

7° Les variétés circonscrites sont seules accessibles aux médicaments sous forme solide, liquide, même pulvérulente, qui sont appliquées d'après des indications précises ;

8° On peut aussi employer thérapeutiquement par voie endoscopique la galvanocaustique, l'électrolyse, etc. ,

9° Comme complément du traitement endoscopique on peut utiliser d'autres méthodes de traitement mécanique : irrigations, sondes, etc. ;

10° L'introduction de médicaments actifs à l'aide de sondes, de bougies médicamenteuses, de porte-remèdes, etc., ne saurait être recommandée si l'on n'a pas déterminé exactement, par voie endoscopique, le siège de la maladie ;

11° Des comparaisons anatomiques et des expériences endoscopiques montrent que le toucher ne peut déterminer que d'une manière inexacte le siége des lésions urèthrales ;

12° Ce n'est également que l'examen endoscopique de la muqueuse uréthrale qui permettra d'exclure certains remèdes ou modes de traitement.

Uréthroscopie.

M. Casper fait une communication sur le choix des instruments et sur les limites de l'examen endoscopique. Au double point de vue du diagnostic et du traitement, l'uréthroscopie postérieure ne saurait être qu'exceptionnelle.

Endoscopie de la partie postérieure.

M. Löwenhardt présente un instrument qu'il a construit pour l'examen endoscopique de la portion postérieure de l'urèthre; la construction de cet appareil procède du principe d'éclairer l'urèthre postérieur par sa partie postérieure, c'est-à-dire par la vessie.

M. Kollmann présente un **nouveau dilatateur à quatre branches dévissable.**

M. Lohnstein présente plusieurs **dilatateurs avec appareil de lavage** pour toutes les variétés d'infiltrats.

Voici ses conclusions :

1° Les dilatateurs ont pour but de diviser les infiltrats, et d'ouvrir les orifices obstrués des glandes de la muqueuse. Le lavage médicamenteux qui accompagne la discision chasse et combat la sécrétion et exerce en même temps une action caustique et astringente sur la muqueuse ;

2° Les instruments sont par conséquent indiqués : *a*) dans tous les cas d'uréthrite chronique avec infiltration, dans lesquels on a constaté la présence d'infiltrats plus ou moins circonscrits ; — *b*) dans tous les cas avec rétrécissement, dans lesquels le rétrécissement ne se trouve pas encore en voie de modification régressive ;

3° Tous les dilatateurs avec appareil de lavage sont contre-indiqués dans les cas où les lésions uréthrales sont en régression (rétrécissements calleux, callosités conjonctives, etc.).

Diagnostic et fréquence de l'uréthrite postérieure blennorrhagique.

M. Koch. — 1° Au point de vue théorique, la méthode de lavage de Lohnstein constitue un progrès, même si elle n'est pas indemne de défectuosités ;

2° Mais les résultats obtenus ne diffèrent pas essentiellement de ceux des autres méthodes ;

3° On n'est autorisé à porter le diagnostic d'uréthrite postérieure que si l'on a constaté la présence des gonocoques dans la sécrétion de l'urèthre postérieur ;

4° Car il y a une uréthrite postérieure dans laquelle on ne trouve pas de gonocoques, même chez les malades infectés pour la première fois ;

5° On a pu constater à Breslau l'uréthrite postérieure blennorrhagique dans 60 à 70 p. 100 de tous les cas de blennorrhagie;

6° Les différences qui existent entre les méthodes de recherche de

Kollmann et celles de la plupart des auteurs, principalement de Jadassohn, proviennent en partie de la diversité de matériel, en partie aussi, sans doute, de la différence des méthodes employées.

Communications sur la participation de la prostate au processus blennorrhagique de l'urèthre.

M. Putzler. — Le plus souvent la prostatite est une conséquence directe du processus blennorrhagique de l'urèthre postérieur :

1° En effet, la prostatite aiguë se développe en connexion directe avec une uréthrite blennorrhagique postérieure, sans aucune autre cause appréciable ;

2° Assez fréquemment, dans les cas aigus et chroniques, on trouve des gonocoques typiques dans la sécrétion prostatique obtenue par massage, c'est-à-dire la troisième preuve par l'urine. Par conséquent, il est nécessaire d'examiner la prostate et la sécrétion autant que possible dans toute blennorrhagie postérieure. En second lieu, il faut essayer, principalement par le massage, d'expulser de la prostate la sécrétion contenant des gonocoques, et par la miction ou des lavages celle de l'urèthre.

Diagnostic de l'uréthrite postérieure.

M. Schaffer.— 1° Avec le lavage de l'urèthre proposé par Jadassohn on ne réussit que très rarement (environ 7 p. 100) à faire pénétrer le liquide dans la vessie. Avec un irrigateur placé à 1^{m},60 on arrive au contraire dans plus de 35 p. 100 des cas;

2° La méthode gagne en certitude, si le malade avant le lavage injecte une solution colorée (par exemple de la fuchsine phéniquée), parce que, dans bon nombre de cas, la sécrétion, même avec un lavage longtemps continué, n'est pas complètement chassée de l'urèthre, comme le prouve le séjour de flocons rouges après le lavage ;

3° Avec l'injection dans l'urèthre de la femme, la plus grande partie du liquide arrive dans la vessie, même si la seringue ne contient qu'un centimètre cube.

De l'alumnol comme antiblennorrhagique.

M. Chotzen. — L'alumnol tue les gonocoques dans les cultures. Ce médicament agit dans l'urèthre de l'homme et l'utérus, en arrêtant la croissance et la multiplication de ces micro-organismes. Enfin l'alumnol, par ses propriétés astringentes, peut combattre les symptômes inflammatoires qui persistent encore après la disparition des gonocoques.

De l'importance des sels d'argent pour le traitement de la blennorrhagie.

M. Schaffer termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° La nécessité de n'employer que des solutions antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie ressort de ce fait que, avec l'injection, le liquide pénètre souvent dans l'urèthre postérieur ;

2° La clinique ainsi que l'expérimentation montrent que, de toutes les

injections, ce sont les solutions du sel lunaire qui possèdent l'action antiblennorrhagique la plus énergique;

3° La nécessité de commencer de bonne heure le traitement antiblennorrhagique est vraie, même pour le cas où les gonocoques posséderaient la propriété de pénétrer, dans les conditions ordinaires, non seulement dans les couches épithéliales profondes, mais aussi dans le tissu conjonctif; ceci serait particulièrement important dans le dernier cas, pour prévenir l'expansion des gonocoques dans la surface, et par là aussi toutes les complications générales et locales liées à leur migration dans la profondeur;

4° On peut appliquer dans le traitement de la blennorrhagie presque sans exception, même dès la période la plus précoce, des solutions argentiques faibles;

5° L'argentamine l'emporte sur une solution de nitrate d'argent de concentration égale, comme énergie antiblennorrhagique et action profonde;

6° Dans la pratique, on a constaté que l'argentamine était un antiblennorrhagique très efficace, principalement dans les blennorrhagies rebelles, réfractaires aux autres traitements. En raison de son action irritante, il est nécessaire de le combiner avec des remèdes antiphlogistiques (alumnol, ichthyol).

Force de résistance des gonocoques aux agents de désinfection et autres agents nocifs.

MM. Shaffer et Steinschneider. — Voici les conclusions de leur travail :

1° La mort des cultures de gonocoques résulte des solutions argentiques plutôt que des autres remèdes conseillés pour le traitement de la blennorrhagie, tels que le sublimé, l'ichthyol, le sulfate de zinc, le sulfophénate de zinc, le tanin, en concentration employée habituellement pour le traitement. De même, l'agar-sérum devient un milieu de culture impropre aux gonocoques, par les combinaisons résultant de l'addition de solutions argentiques étendues, tandis qu'il n'en est pas ainsi avec les autres remèdes mentionnés ci-dessus (sublimé, ichthyol, alumnol, etc.);

2° L'urine d'individus ayant pris des doses considérables de baume de copahu ou de salicylate de soude ne présentait pas de propriétés désinfectantes ou bactéricides par rapport aux gonocoques;

3° Les gonocoques restent dans l'eau, ou desséchés, pendant plusieurs heures, tout en conservant la propriété de se développer.

Séance du 15 mai.

Présidence de M. Caspary.

Recherches cliniques et bactériologiques sur la thiosinamine.

M. van Hoorn a vu, après les injections de thiosinamine, survenir chez les lupiques de la rougeur et de la tuméfaction, avec sensation de chaleur et de tension dans les régions atteintes, de sorte qu'il se produisait une sécrétion de liquide séreux et des rhagades. Après le décours de la réac-

tion, le plus souvent il y avait de la desquamation. Jamais de troubles de l'état général. Dans les cas graves, il survenait toujours de l'amélioration durant le traitement; dans un cas de lupus tumidus et verrucosus étendu, l'amélioration au bout de quinze jours était déjà très considérable. Au début, il employait, d'après les indications de H. v. Hebra, une solution alcoolique à 15 p. 100, plus tard une solution aqueuse glycérinée à 10 p. 100.

L'orateur a fait ensuite des recherches bactériologiques sur l'influence de la thiosinamine sur les parasites de la peau; il paraît en résulter que l'inoculation des milieux de culture est négative, quand une petite quantité de thiosinamine se trouve dans les milieux de culture. L'arrosage des cultures, même avec des solutions concentrées de thiosinamine, ne donne pas de résultat.

En résumé, v. Hoorn ne conseille pas l'emploi de la théosinamine dans les lupus peu étendus, il préfère le traitement local. Il faut la réserver pour combattre certaines conséquences éventuelles désagréables du traitement local.

Statistique sur 1,501 cas de syphilis tertiaire.

M. Ehlers. — La statistique enseigne que les accidents tertiaires apparaissent le plus souvent dans les quatre premières années. L'orateur présente une statistique de 6,816 cas de syphilis traités, de 1864 à 1881 à l'hôpital communal de Copenhague. Relativement à l'infectiosité des phénomènes tertiaires, Ehlers croit qu'il y a lieu de reviser nos opinions. Les lésions gommeuses des organes génitaux sont particulièrement suspectes sous ce rapport, comme le prouve le cas suivant : il s'agit d'un malade infecté il y a trois ans ; il est traité une fois, se marie ; sa femme reste saine, accouche de deux enfants sains. Huit ans après l'infection, six ans après le mariage, ce malade a sur le pénis une ulcération gommeuse qui guérit mal. Deux mois plus tard la femme présente un exanthème maculopapuleux. Chez ce malade il survient, six mois plus tard, des orchites.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La syphilis tertiaire a été observée, dans les années 1864 à 1881, chez 12,4 à 22 p. 100 de tous les syphilitiques traités à l'hôpital communal de Copenhague;

2° Chez les hommes la syphilis tertiaire ainsi que la syphilis secondaire ont été de 10 p. 100 plus fréquentes que chez les femmes ; ces dernières ne sont donc pas, comme on l'admet, prédisposées au tertiarisme;

3° Les accidents tertiaires s'observent principalement sur la peau (385 fois sur la peau seule et 139 fois sur la peau et les os) ; en second lieu viennent les processus ulcéreux et destructifs de la langue, du palais et du voile du palais, du nez, du larynx, du pharynx et de la trachée (390); en troisième lieu les maladies du système nerveux (261). En réalité, ces derniers accidents sont de beaucoup les plus fréquents, mais ils échappent en grande partie à l'observation des syphiligraphes (en y ajoutant le tabes dorsal, la paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique, le chiffre des maladies nerveuses syphilitiques s'élève à 463). En quatrième lieu vien-

nent les affections du tissu conjonctif (180) ; on ne peut pas déterminer la fréquence de la syphilis des organes internes.

4° La cause la plus fréquente du tertiarisme est l'absence de traitement mercuriel ou un traitement défectueux.

La statistique de l'orateur donne sous ce rapport les résultats suivants : Dans 107 cas (7,12 p. 100) on ne pouvait déterminer le traitement antérieur.

Dans 665 cas (43, 64 p. 100) les malades n'avaient jamais été auparavant traités avec du mercure. Dans 606 cas (40,38 p. 100) la première manifestation seule avait été soumise à un traitement mercuriel. 133 cas (8,86 p. 100) avaient été traités avec du mercure pendant deux ou plusieurs poussées de syphilis active.

5° C'est pendant les quatre premières années après l'infection que la syphilis tertiaire s'observe avec la plus grande fréquence.

Dans la statistique de l'orateur le maximum est dans la deuxième année après l'infection. Au delà de 20 ans après l'infection le tertiarisme est très rare ; mais il y a quelques cas dans lesquels le tertiarisme est survenu plus de 40 ans après l'infection.

Contribution statistique à la syphilis tertiaire.

M. Marschalko. — Voici les conclusions de sa communication : 1° Sa statistique comprend 673 cas, très soigneusement choisis de syphilis tertiaire : 319 provenant de la policlinique et 354 de la pratique privée du professeur Neisser et de la sienne.

2° Le nombre des hommes par rapport à celui des femmes dans les cas cliniques est comme 54,6 : 45,4 p. 100 ; dans la clientèle privée comme 89,7 : 70,3 p. 100.

3° En ce qui concerne l'époque d'apparition des accidents syphilitiques tertiaires après l'infection, elle est assez considérable dans la première année et atteint son maximum dans la troisième année.

4° La nature et la fréquence des symptômes antérieurs n'ont aucun rapport avec l'apparition des phénomènes tertiaires.

5° Parmi les formes tertiaires observées par l'orateur se trouvent :

	Clinique et policlinique		Clientèle privée	
	Hommes 0/0	Femmes 0/0	Hommes 0/0	Femmes 0/0
a) Aucun traitement................	53,5	73,54	24,2	51,6
b) Tout au plus deux cures	42,6	22,97	66,5	40,0
c) Trois ou plusieurs cures irrégulières	0,65	0,57	6,3	8,4
d) Traitement intermittent deux ans...	1,95	—	1,3	—
e) Plusieurs cures mercurielles, mais seulement plusieurs mois après l'infection..........................	1,3	2,85	1,8	—

6° Des chiffres ci-dessus l'orateur croit pouvoir conclure que le facteur le plus essentiel pour l'apparition de la syphilis tertiaire est l'absence de

traitement ou un traitement insuffisant dans la période précoce de la syphilis.

L'orateur ajoute qu'il est, par conséquent, partisan de faire dans tous les cas un traitement mercuriel énergique, aussitôt que possible, chronique, continué pendant des années avec des pauses.

Discussion : M. Petersen n'a vu qu'une fois une contagion sept ans après l'infection.

M. Caspary. — Les accidents tertiaires aussi précoces (dans la deuxième année après l'infection) sont toutefois très rares. Les cas d'Ehlers de contagion par des processus gommeux font penser à une réinfection.

M. Lang. — Les statistiques pour les questions actuelles n'ont que peu de valeur; elles ne sauraient en avoir que si on pouvait observer tous les malades d'une façon continue.

M. Ehlers avoue qu'il est un ennemi de semblables statistiques. Il est très convaincu que les accidents tertiaires sont surtout très fréquents dans les premières années. Dans les courbes sur la fréquence des cas il s'agit toujours d'infections récentes.

De la spermatocystite comme complication de l'uréthrite.

M. Petersen. — On n'a presque jamais observé la spermatocystite avec la blennorrhagie. Ceci tient à ce qu'on se détermine plus difficilement à pratiquer l'examen de l'anus que du vagin. La situation et le volume des vésicules séminales sont mal connus. On ne sait rien de la fréquence de la spermatocystite blennorrhagique, elle survient cependant plus souvent qu'on ne l'admet d'ordinaire.

Sur 200 cas provenant de la policlinique et de la pratique privée, chez les premiers la prostatite existait dans 20 p. 100 des cas, chez les derniers dans 10 p. 100. Il existait de la spermatocystite dans 8 cas, c'est-à-dire dans 4 p. 100 des cas.

En résumé, la spermatocystite blennorrhagique est une maladie fréquente; dans tous les cas de prostatite et d'épididymite il faut examiner les vésicules séminales.

Discussion : MM. Lang et v. Sehlen ont souvent observé l'inflammation des vésicules séminales dans la blennorrhagie.

M. Kollmann. Le diagnostic entre la prostatite et la spermatocystite est difficile, car en exprimant la sécrétion des vésicules séminales on entraîne aussi celle de la prostate. Mais histologiquement il est des signes qui permettent de reconnaître la sécrétion des vésicules séminales, ce sont les éléments bizarres (abenteuerliche) qu'on trouve sous le microscope.

Syphilis congénitale et tuberculose.

M. Hochsinger rapporte trois cas d'enfants qu'il a obervés dans les premiers mois de la vie et qui présentaient, outre des accidents syphilitiques incontestables, des lésions tuberculeuses plus ou moins étendues des organes internes, qui étaient caractérisées histologiquement et par la présence de bacilles tuberculeux. Ces cas ne sont pas très rares. On a vu souvent des altérations caséeuses de ce genre mais on les a toujours considérées comme des gommes.

Il n'es pas douteux que dans ces cas on n'ait affaire à la syphilis héréditaire. Mais la tuberculose est-elle congénitale ?

M. Rindfleisch a trouvé un nouveau-né absolument tuberculeux. Expérimentalement on a provoqué chez des animaux de la tuberculose dans la descendance de mères rendues tuberculeuses.

M. Baumgarten est disposé à admettre qu'il y a une hérédité directe de la tuberculose. Dans les cas où dans les premiers jours de la vie il existe de la tuberculose chronique, il est certain que la maladie s'est produite pendant la vie intra-utérine. Dans les cas observés un fait particulièrement frappant, c'est la modification considérable du foie, ce qui dénote une invasion directe des bacilles par les veines hépatiques. L'orateur examine ensuite les caractères histologiques de la tuberculose congénitale ; la transmission par la voie placentaire (perméabilité du placenta pour les micro-organismes), et termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° L'infection mixte entre la syphilis héréditaire et la tuberculose s'observe déjà dans la plus tendre enfance.

2° Cette infection mixte peut être congénitale à la suite de la transmission simultanée héréditaire de la syphilis et de la tuberculose sur un seul et même enfant.

3° Il faut donner, aux nodosités caséeuses des organes internes d'enfants atteints de syphilis congénitales, le nom de gommes syphilitiques, que si, à l'examen microscopique, elles ne contient pas de bacilles tuberculeux.

4° Il ne faut reconnaître comme pneumonies syphilitiques héréditaires que les inflammations interstitielles, véritablement granulomateuses et caractérisées par de la vasculite de la charpente du poumon d'enfants nouveau-nés ou tout à fait jeunes.

5° La pneumonie blanche n'a rien de commun avec la caséification. Les infiltrats caséeux des poumons de nourrissons atteints de syphilis héréditaire proviennent d'infection mixte, syphilis et tuberculose.

Contributions cliniques et histologiques à la tuberculose de la peau.

M. Riehl. — En dehors de la tuberculose de la peau, du lupus, du scrofuloderme, de la tuberculose verruqueuse, etc., il est encore d'autres variétés.

1° Forme spéciale de la tuberculose inoculée. A une plaie de la main vient s'ajouter une éruption rappelant une syphilide tubéro-serpigineuse ; les nodules ne se trouvent pas, comme dans les gommes scrofuleuses, sur le trajet des gros vaisseaux lymphatiques, mais ils sont placés à la surface, d'où il résulte un aspect différent de toutes les autres tuberculoses de la peau. Dans ce cas, l'infection se serait produite dans les couches profondes du derme, et de là le virus se serait propagé dans le voisinage par les voies lymphatiques de la peau et du tissu adipeux. L'examen histologique fit reconnaître, dans les nodules des masses caséifiées, du tissu de granulation avec de rares cellules géantes à l'intérieur desquelles il y avait des bacilles tuberculeux.

Dans le deuxième cas il était survenu, longtemps après une amputation de la cuisse à cause d'un fongus du genou, sur le moignon, une tuberculose de la peau. Sur la face antérieure et interne de la peau du moignon il y avait une plaque assez large, recouverte de croûtes épaisses. Au-dessous la peau est épaissie, rouge vif, infiltrée, non adhérente à la base. A la surface, ulcération irrégulière peu profonde, résultant de la confluence des petites ulcérations et des granulations. Les bords de la plaque sont constitués par des ulcères de la dimension d'une tête d'épingle recouverts de pus gris jaunâtre. Jamais on n'a observé de nodules isolés ; toujours il se produisait de nouveaux infiltrats semblables à des tumeurs. Les bords des grandes plaques s'élevaient au-dessus du niveau de la peau environnante et des parties centrales en voie de nécrose ; malgré des cicatrisations partielles, il se produisait toujours des récidives par infiltration des résidus sous-cutanés situés sous la cicatrice, qui la traversaient et en amenaient l'ulcération. L'examen histologique montra une infiltration tuberculeuse du sérum et du tissu sous-cutané ; mais ce qu'il y avait de caractéristique c'était l'extension considérable et l'épaisseur extraordinaire de l'infiltration. Dans les coupes il y avait des bacilles tuberculeux; caséification très prononcée. Malgré la ressemblance de cet état morbide, tant au point de vue clinique qu'anatomique, avec le scrofuloderme et le lupus tubéreux exulcérant, il y a un complexus symptomatique qui le distingue de ces deux variétés de tuberculose. Cette affection rappelle les formes de tuberculose de la peau, bien connues des chirurgiens, consécutives aux maladies des os, des gaines tendineuses, etc., et l'auteur propose de désigner ces formes sous le nom de tuberculose fongueuse (fungus cutis).

Une troisième variété de tuberculose existait chez une femme, à l'anus, sous forme d'une tumeur qui avait l'aspect d'un fibrome, mais était complètement envahie de nodosités tuberculeuses. Riehl croit que, dans ces cas, il y avait une infection secondaire du néoplasme, peut-être par une périproctitis.

Discussion : M. Pick demande si, dans le troisième cas, il y avait de la tuberculose de l'intestin ; s'il en était ainsi c'est une affection que l'orateur connaît. Il a observé à l'anus des nodosités fibromateuses de ce genre avec foyers tuberculeux.

Le second cas décrit par Riehl sous le nom de fungus, il l'a constamment compris dans le scrofuloderme. Il avait étendu les limites de cette dénomination et placé sous ce nom maint autre tableau morbide.

M. Riehl pense qu'il est préférable d'introduire l'expression de fungus puisque on comprend sous le nom de scrofuloderme quelque chose de tout à fait déterminé.

M. Touton a trouvé dans un polype fibromateux de la cavité pharyngienne un foyer tuberculeux. Ce malade avait un lupus vulgaire ; la muqueuse qui recouvrait la tumeur était absolument normale.

Des vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de l'homme dans l'état normal et dans les maladies.

M. Ehrmann montre des préparations dans lesquelles on voit les vaisseaux lymphatiques entourés de vaisseaux sanguins fins. C'est le long de ces

vaisseaux que, selon l'orateur, se fait la propagation des matières infectieuses. Au point de vue théorique ses recherches ne sont pas favorables à l'excision de la sclérose.

Urticaire pigmentaire.

M. Fabry. — Il s'agit d'un malade atteint depuis l'enfance d'urticaire pigmentaire, toutefois la pigmentation n'est survenue que plus tard ; au début il ne restait pas de pigmentation, alors même que les efflorescences persistaient souvent plusieurs mois. Il y avait, en outre, une urticaire factice caractérisée. Le diagnostic fut confirmé par Doutrelepont. L'examen microscopique de fragments excisés montra dans le tissu sous-cutané et dans le chorion des hémorrhagies abondantes, surtout au voisinage des petites artères et des glandes sudoripares. Il y avait aussi des *Mastzellen*, particulièrement autour des foyers hémorrhagiques. Le réseau de Malpighi est hyperplasié.

M. Jadassohn présente un cas d'urticaire pigmentaire avec pigmentations nombreuses mais peu caractérisées. Il a trouvé une grande quantité de *Mastzellen*, mais non réunies en amas ; pas d'hémorrhagies.

Le dernier jour du congrès a été exclusivement consacré à des présentations de malades et de préparations macroscopiques et microscopiques.

Présidence de M. Lesser

M. Staub présente un étudiant en médecine de 22 ans atteint **d'érythromélalgie**. De ce cas il lui parait résulter que cette affection peut avoir pour point de départ des processus inflammatoires des os.

M. Arning montre des **viscères de lépreux** dont l'étude lui a démontré que, à côté des formes connues de la lèpre viscérale, il paraît y en avoir encore une autre qu'on ne distingue que difficilement de la tuberculose ; elle attaque particulièrement les séreuses des cavités thoracique et abdominale, le gros intestin, la rate et le foie, ainsi que les poumons, mais elle laisse, par contre, indemnes les séreuses du système nerveux central et les articulations.

M. Mikulicz présente un grand nombre de malades atteints d'**ulcères de jambe** guéris, qui ont été traités avec un succès complet après l'excision par la greffe de grands lambeaux de peau dont on avait seulement enlevé la graisse, et pris sur la cuisse. La solidité des cicatrices est particulièrement remarquable. Le même orateur présente un cas de nævus vasculaire considérable de la face traité avec succès au point de vue cosmétique par l'ablation de l'épiderme et du sommet des papilles, comme dans le procédé de Thiersh, au moyen d'une lame de microtome.

M. Joseph montre les dessins d'un cas d'ichthyose avec localisation sur la face de flexion des articulations. L'observation clinique et histologique lui a fait voir que l'acanthose noire, l'akratoderme héréditaire ou dystrophie papillaire et pigmentaire, est une forme atypique d'ichthyose. La dermatose de Darier offre une grande analogie avec l'ichthyose, mais elle en diffère anatomiquement en quelques points.

M. Touton présente une planche reproduisant des préparations microscopiques de molluscum contagieux dont un grand nombre de fragments ont été macérés pendant une à quatre semaines dans une solution physiologique de sel marin. L'isolement complet des cellules l'une de l'autre montre d'une façon très nette et uniforme le rapport des éléments cellulaires avec le corps étranger inclus, contrairement à ce qui a lieu avec toutes les préparations colorées et durcies. On trouve toutes les phases décrites par les zoologistes dans le développement des grégarines, en particulier des coccidies : d'abord des petits grumeaux protoplasmatiques forcément granuleux, dépourvus d'enveloppe ou munis d'une cuticule délicate avec un petit nucléole et souvent des prolongements semblables aux pseudopodes. Des exemplaires adultes avec forte cuticule, ectoplasma finement granuleux, noyau à gros grains, vésiculeux et entoplasma volumineux, contenant un nucléole homogène. Les gros granules de l'entoplasma donnent tous la réaction attribuée par Bütschli aux granulations de grégarines et, après dissolution dans une lessive de potasse, il reste encore un fin réseau. Une phase ultérieure montre une segmentation du protoplasma en fragments cunéiformes (germination endogène, directe ?) après disparition du noyau. On n'a pas trouvé de spores proprement dites avec germination secondaire. Enfin on a rencontré les corpuscules des molluscum, connus depuis longtemps, très brillants, homogènes, à paroi ferme, sans contenu reconnaissable. Ces diverses phases s'observent en partie en liberté, en partie encore attachées à la cellule hébergeante (trous à double contour dans les cellules) ou complètement incluses dans celles-ci dont le noyau appuie sur l'un des côtés. Touton regarde comme hors de doute que l'agent de contagiosité du molluscum contagieux est un organisme unicellulaire, probablement une grégarine.

MM. Dreysel et Oppler présentent de belles colorations d'éléidine et de kératohyaline ; Munchheimer, des préparations d'herpès zoster.

Schaffer des cultures pures de gonocoques, en partie d'après un nouveau procédé (ensemencement avec un pinceau stérilisé).

Touton, des préparations colorées par le procédé Gram-Roux de sécrétion blennorrhagique dans laquelle beaucoup de cellules contiennent des diplocoques bleus et rouges ayant exactement la même forme et la même grosseur.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 1er octobre.

Périostite du frontal.

M. Oussas présente un malade qui, il y a quatorze ans, a souffert de douleurs frontales accompagnées de tuméfaction de la région. Depuis il a eu plusieurs poussées articulaires. Il fut traité à Moscou, au Caucase, a suivi un traitement ioduré et mercuriel. Les dernières neuf années le malade a passé dans les contrées transcaspiennes et là, probablement sous

l'influence du climat, les différents points de périostite ont disparu dans la périostite du frontal. Les céphalées persistent aussi et deviennent surtout intenses la nuit.

Il y a un an le malade a pris un chancre mou; actuellement encore il a une blennorrhagie chronique. On trouve en plus une éruption sur la verge.

Il est très difficile de déterminer la nature de la tuméfaction du front. Elle est douloureuse à la palpation, ne présente aucun caractère typique et ne cède pas au traitement ioduré. J. Broïdo.

SOCIÉTÉ DE L'HOPITAL MILITAIRE DE KIEFF

Septembre 1894.

Propriétés micro-chimiques de l'écoulement blennorrhagique.

M. Zeleneff en étudiant les éléments de l'écoulement blennorrhagique chez 40 malades a constaté que les globules blancs qu'on y trouve sont des cellules polynucléaires, des éosinophiles et des cellules mononucléaires (formes intermédiaires et lymphocytes). Les formes intermédiaires sont par rapport au nombre des globules polynucléaires comme 1 : 4. Le protoplasma de beaucoup de cellules se colore en rouge et en bleu par la méthode de coloration double. Très souvent on y trouve des vacuoles; dans d'autres cas le protoplasma est dissous, les noyaux, qui sont libres, contiennent des vacuoles, sont faiblement colorés par l'hématoxiline. La désagrégation du protoplasma se fait non seulement dans les globules qui contiennent les gonocoques, mais dans ceux qui n'en contiennent pas. Les mêmes modifications s'observent dans les cellules épithéliales et les hématies.

Le plus ou moins grand nombre d'éosinophiles dans la blennorrhagie aiguë ou chronique ne dépend pas des lésions de la prostate et n'a par conséquent pas la valeur que lui attribuait Neisser, Epstein, etc. Il n'y a pas de parallélisme entre le nombre d'éosinophiles dans le sang et l'écoulement blennorrhagique, quoique une légère leucocytose soit la règle dans la blennorrhagie aiguë. L'état granuleux éosinophile se rencontre dans les globules intermédiaires mous et polynucléaires. D'autres sont homogènes, sans granulations, mais se colorent en rose intense par l'éosine. Parfois le protoplasma des globules blancs polychromatophile est faiblement coloré par l'éosine, contient des amas homogènes, très avides d'éosine, se colorant de la même façon que les globules rouges. Des amas analogues se rencontrent dans les cellules épithéliales, dans les hématies, et ne sont autre chose que du glycogène. Ce glycogène se trouve dans les globules soit à l'état diffus, par dégénérescence de tout le protoplasma cellulaire, soit en amas. Les globules blancs qui contiennent des amas de glycogène ne se colorent pas en jaune par l'iode; leur protoplasma est le plus souvent homogène, vitreux. Puis le protoplasma et le noyau deviennent indistincts; par places on peut voir la dégénérescence granuleuse et des amas bruns de glycogène. Finalement, ces derniers deviennent libres, situés en dehors du protoplasma.

Dans la réaction glycogénique diffuse, le protoplasma se colore en totalité ou en partie, mais le noyau reste incolore. Il perd ses contours réguliers, se gonfle, la cellule elle-même devient inégale, anguleuse. Cet aspect de la cellule a fait supposer que le glycogène se trouve pendant la vie à l'état diffus dans le protoplasma cellulaire. Après la mort de la cellule le protoplasma se coagule et exprime le glycogène semi-liquide, filant, sous forme de globes et d'amas isolés.

D'après les observations de M. Zeleneff cette conception est fausse : les globes et les amas de glycogène dans les leucocytes sont les résultats de dégénérescence du protoplasma lui-même qui se fragmente parfois et présente par places le tableau caractéristique de la dégénérescence du pseudopode pendant le mouvement amiboïde.

Dans le stade ultérieur de dégénérescence on trouve à la place de la cellule un seul globe de glycogène ayant la forme de cette cellule. Parfois la cellule dégénérée n'est plus que « l'ombre d'elle-même » tant est peu caractéristique le protoplasma qui lui reste.

Les hématies qu'on trouve constamment, quoique en petit nombre, dans le pus blennorrhagique, présentent aussi la réaction de glycogène. Leur protoplasma est coloré en rouge brun avec reflet doré. Parfois une grande partie du protoplasma dégénéré se concentre dans une moitié de globule et se colore en rouge brun, tandis que l'autre moitié se colore faiblement en jaune comme les globules normaux. Enfin le protoplasma peut contenir des amas isolés de glycogène.

Dans l'épithélium stratifié les trois quarts des cellules donnent la réaction du glycogène, surtout dans la blennorrhagie dite desquamative. Le protoplasma cellulaire se colore en rouge brun intense et présente des figures festonnées. Le reste du protoplasma faiblement grenu et le noyau sont peu nets dans le champ du microscope.

La réaction de glycogène s'observe aussi dans la tête des spermatozoïdes en cas de blennorrhagie chronique accompagnée de pertes séminales. Beaucoup de spermatozoïdes présentent en même temps un gonflement et la fragmentation de la queue. Il est possible que ce soit à cette dégénérescence des spermatozoïdes qu'est due la stérilité des sujets atteints de blennorrhagie chronique.

La réaction glycogénique s'observe aussi sur les éléments figurés du produit de la sécrétion des chancres, des bubons inflammatoires et chancreux, et les leucocytes du sang chez les syphilitiques atteints de blennorrhagie aiguë.

La cause de la dégénérescence glycogénique des cellules n'est pas connue. Les cocci à centre brillant entouré d'un anneau rouge sombre à la périphérie n'existent pas nécessairement dans chaque cellule dégénérée.

L'intensité de cette dégénérescence est proportionnelle à la marche plus ou moins aiguë de la blennorrhagie.

La présence du glycogène dans les hématies démontre, d'après l'auteur, l'origine hématique de la glycosurie. D'autre part les affections locales des organes génito-urinaires accompagnées d'un écoulement purulent peuvent donner lieu à une « glycosurie locale », due à la présence de cellules qui ont subi la dégénérescence glycogénique et à la transformation du glyco-

gène en glucose. Cette glycosurie locale est analogue à la fausse albuminurie due à la présence des globules blancs et des cellules épithéliales desquamées. S. Broïdo.

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE NEW-YORK

231e meeting régulier.

Présidence du Dr Allen

Cas de lupus.

Le Dr J. A. Fordyce présente un enfant âgé de 3 ans atteint de lupus verruqueux du pouce.

Cas d'urticaire pigmentée.

Le Dr Bronson présente un enfant âgé de 2 ans et demi qui est atteint d'urticaire pigmentée depuis l'âge de 5 mois. Cette présentation a été suivie d'une fort longue discussion sur l'évolution de l'urticaire pigmentée, sur sa durée, sur ses caractères distinctifs.

Cas de mycosis fongoïde.

Le Dr Lutsgarten présente un Allemand de 49 ans, qui a eu pendant ces cinq dernières années des symptômes morbides du côté de la peau, consistant en prurit intense, plaques eczémateuses d'aspect, rondes ou ovalaires, quelques-unes annulaires et infiltrées. Il y a environ un an et demi une tumeur se développa sur la région zygomatique droite où elle atteignit le volume d'un œuf. Pendant l'été dernier, l'affection devint très accentuée, mais elle se calma considérablement sous l'influence du traitement qui agit surtout sur les démangeaisons. On donna d'abord de la pilocarpine, puis l'arsenic et l'on fit des pansements. En novembre, il eut une poussée d'urticaire porcelaïnique qui dura pendant environ quinze jours. Maintenant on lui fait des injections sous-cutanées d'arsenic, un tiers de grain d'arséniate de soude tous les deux jours, et en outre on lui fait prendre quarante gouttes par jour d'une solution d'arséniate au 1/100. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a commencé à s'affaisser. Il y a encore de toutes petites tumeurs sur la paupière supérieure gauche et çà et là sur le cuir chevelu. L'auteur croit que le mycosis fongoïde est une variété de sarcome de la peau. Le malade a été soigné, il y a plusieurs années déjà, pendant deux ans par le Dr Elliot qui le regarde comme atteint d'une forme particulière d'eczéma ou de dermatite herpétiforme sans pouvoir poser de diagnostic précis.

Cette communication a été suivie d'une assez longue discussion portant surtout sur l'efficacité de l'arsenic dans ces cas, les uns ne voyant dans les améliorations obtenues pendant son administration que de simples coïncidences; les autres croyant au contraire à une action réelle de ce médicament.

Cas d'eczéma séborrhéique.

Le Dr SHERWELL présente un malade âgé de 63 ans, atteint depuis août 1893 d'une éruption qui avait débuté par le cuir chevelu, le visage et le côté droit de la région sternale, puis, qui malgré toutes les médications employées, s'était peu à peu aggravé. Tous les membres présents ont considéré l'éruption comme un eczéma séborrhéique et ils ont insisté sur l'emploi de topiques des plus énergiques, ce qui semble avoir été déjà fait sans succès aucun par le présentateur.

Cas d'ichtyose congénitale.

Le Dr SHERWELL parle d'une enfant née le 21 décembre 1893, qui lors de sa naissance était couverte de la tête aux pieds de squames épidermiques dures recouvrant une peau rugueuse et fissurée çà et là. Les parties génitales étaient tout à fait décolorées, les grandes lèvres presque noires; mais depuis lors, ces régions ont pris un aspect plus normal. A l'heure actuelle l'affection persiste, modifiée par des applications d'huile. L'enfant se nourrit bien, mais elle ne prend pas beaucoup de forces. (Voir le 234e meeting.)

L. B.

THE NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

232th regular meeting.

Cas de syphilis héréditaire avec une éruption papulo-squameuse généralisée.

Le Dr JOHN A. FORDYCE présente un petit malade âgé d'environ un an, qui paraissait bien portant à sa naissance, mais qui trois semaines plus tard vit apparaître l'éruption caractéristique.

Cas de nævus ulcéré de la vulve.

Le Dr C. W. ALLEN présente une petite fille qui lui fut envoyée en novembre 1893, par le Dr G. E. Swinburne, à l'âge de quatre mois, pour une ulcération de la moitié inférieure de la grande lèvre droite. La lésion avait l'aspect cratériforme, un fond inégal, recouvert d'une fausse membrane d'aspect gangréneux. Un examen attentif démontra qu'elle s'était développée sur un nævus. On employa d'abord des pansements simples jusqu'à cicatrisation de la plaie, puis on employa l'électrolyse pour réduire le nævus.

Cas d'eczéma séborrhéique montrant le résultat du traitement externe.

Le Dr ELLIOT montre un malade présenté par le Dr Sherwell à la dernière réunion pour que l'on apprécie l'importante amélioration obtenue en quatre semaines par une simple médication locale consistant en applications d'une pommade à la rhubarbe à 10 p. 100 sur la jambe et de savon contenant 5 p. 100 de dermolin-résorcine sur le corps. Les plaques

de la poitrine ont perdu leur épaisseur et leur contour net, leur couleur est maintenant d'un rose pâle et leur étendue est bien diminuée : sur la jambe il n'y a plus qu'un très léger suintement par places ; il n'y a plus ni démangeaisons, ni douleur : l'inflammation a beaucoup diminué et l'œdème a disparu. Il insiste sur ce fait pour mettre en relief que l'eczéma séborrhéique n'est qu'une forme purement parasitaire de dermatite catarrhale : il n'a jamais vu agir sur cette variété d'eczéma, ni le traitement interne, ni le régime, ni l'exercice, etc. Il ne comprend pas que des médecins s'obstinent encore à vouloir traiter les maladies de la peau par le régime sans s'occuper de rechercher quelle est leur étiologie et leur pathogénie.

Certains autres dermatologistes présents ont fait des réserves sur les résultats obtenus par le Dr Elliott et sur ses conclusions.

Cas de lupus vulgaire.

Le Dr Elliott présente un homme de 23 ans, atteint depuis l'âge de 2 ans d'un lupus vulgaire de la face dorsale des deux mains et de la partie postérieure du cou.

Cas de syphilis.

Les Drs Lutsgarten et Piffard présentent un étudiant qui a eu, il y a un an, un chancre induré de la lèvre et qui a présenté il y a huit semaines des lésions gommeuses de la face et du cou.

Cas probable de pityriasis rubra (*de Hebra*).

Le Dr Elliott présente un homme âgé de 66 ans, matelot, qui, il y a trois ans, vit survenir sur la poitrine une rougeur diffuse qui en un mois s'étendit sur tout le corps, en s'accompagnant de violentes sensations de brûlure et de prurit, et de desquamations. Ces symptômes disparurent en six mois environ, et il y eut alors une période de calme, qui fut de nouveau interrompue quatre mois avant que l'auteur ne vît le malade pour une nouvelle attaque semblable à la première, mais beaucoup plus persistante. L'éruption était surtout accentuée sur la partie supérieure du corps, vers la poitrine et le dos, l'abdomen, les aisselles et les surfaces d'extension du bras. Les extrémités inférieures n'étaient que très peu intéressées. Les symptômes consistaient en rougeur diffuse et en desquamation. Il y avait une légère infiltration de la peau et un peu d'épaississement, mais sa souplesse n'était pas altérée. Il n'y avait ni vésicules, ni papules, ni suintement, ni œdème. La desquamation était abondante, facile, quoiqu'en certains points les squames fussent adhérentes. Aux aines et aux aisselles il y avait des ganglions engorgés, mais mobiles. Après une amélioration graduelle de tous les symptômes observés pendant l'automne de 1892, il y eut une récidive, et le malade entra à l'hôpital en février 1894, rouge de la tête aux pieds, en proie à un prurit fort intense, et présentant en outre des tumeurs sous-cutanées quelque peu lobulées de la grosseur d'un pois ou d'une noix, çà et là disséminées.

(Il est étonnant qu'en présence d'un cas pareil personne dans la société n'ait songé à discuter le diagnostic de lymphodermie pernicieuse ou d'érythrodermie prémycosique.)

Cas de keratosis follicularis contagiosa de Brooke (acné cornée des Français).

Le Dr Elliot présente un jeune homme âgé de 14 ans, qu'il a vu pour la première fois en février 1894 avec une éruption qu'il avait depuis 4 ans et demi. Elle avait commencé sur la partie supérieure du dos et s'était graduellement étendue ; elle couvrait dans une certaine proportion la figure, le tronc et les extrémités. Les lésions étaient pour la plupart discrètes, cependant en quelques points elles formaient de larges plaques par leur agglomération. Leur forme est acuminée, mais il y a aussi des papules plus larges légèrement surélevées, d'une couleur pâle ou d'un rouge sombre, contenant à leur centre une masse sombre dure, adhérente, qui laisse, lorsqu'on l'enlève, un trou déprimé. On ne voit pas d'ulcération, mais il y a un peu de suintement sanguinolent quand on enlève la croûte. Sur la face dorsale des mains on voit des papules larges, de la grosseur d'un pois, d'un rouge sombre, qui portent à leur centre des croûtes brunâtres ou grisâtres, très adhérentes. Le malade a un peu de prurit surtout vers la nuit.

(Il est probable que le compte rendu de la séance est incomplet, car il est incompréhensible qu'un cas de cette importance, et pour lequel je repousse résolument pour ma part le diagnostic de « acné cornée des Français ! ! » n'ait soulevé aucune discussion. Je ne comprends pas en particulier que l'on n'ait pas soulevé la question de la psorospermose ou maladie de Darier.)

Cas de psoriasis.

Le Dr A. R. Robinson présente un cas de psoriasis développé chez un homme de 50 ans et remarquable par la quantité innombrable d'éléments qui existent sur le cou et sur la face. Ceux du corps ressemblent beaucoup à de l'eczéma séborrhéique. La discussion qui a suivi n'a présenté aucun intérêt.

L. B.

233e *séance régulière*, 27 *mars* 1894.

Présidence du Dr Allen

Cas d'érythème annulaire.

Le Dr S. Sherwell présente un homme de 52 ans, atteint pour la première fois en juin 1891. L'affection débuta sous la forme d'une plaque enflammée, rosée, prurigineuse, d'un quart de pouce de diamètre, située vers le centre de la face palmaire de la main droite. Puis elle s'étendit dans toutes les directions et en trente six heures elle forma un anneau dont le centre avait la coloration de la peau normale. Ce cercle rouge continua à s'élargir et en neuf ou dix jours il atteignit les bords de la face palmaire de la main où il disparut. Pendant toute son évolution il était très irritable quand on le pressait ou qu'on le grattait. Quelques jours après la disparition de la première lésion, une deuxième absolument identique se montra et suivit la même marche. Cela se reproduisit trois ou quatre fois ; puis la face palmaire de la main gauche fut atteinte, la main droite fut ensuite reprise près de la base de l'index.

Peu après une autre plaque apparut à la face plantaire du pied gauche : elle disparut et fut remplacée par une autre. Actuellement le malade n'a qu'un seul de ces éléments éruptifs à la paume de la main droite.

Cas de syphilis à symptômes insolites.

Le Dr H. G. Klotz présente une femme âgée de 30 ans, ayant eu des antécédents nets de chancre et de syphilis secondaire cinq ans auparavant. L'éruption actuelle commença à se développer il y a huit ou neuf mois. Elle consiste en larges plaques de syphilides papulo-tuberculeuses indéniables sur le bras et le poignet droits : sur le nez et sur les joues se voient des lésions conglomérées, bien limitées, surélevées, presque semi-globulaires, à surface lisse, presque brillante, d'un rouge sombre, de consistance variable ; quelques-unes donnent au toucher une sensation de mollesse marquée.

Quelques membres de la Société discutent le diagnostic de lupus, ou de dégénérescence colloïde de lésions primitivement syphilitiques.

Cas d'eczéma des ongles.

Le Dr Morrow dit que le malade était un jeune homme atteint d'eczéma papuleux du dos de la main et des doigts avec des troubles de nutrition accentués des ongles. La maladie existait déjà depuis dix-huit mois et révélait une certaine intensité. Les ongles du médius et de l'annulaire étaient déjà tombés complètement. Les paumes des mains étaient indemnes de toute éruption eczémateuse.

Cas d'érythème multiforme simulant la variole.

Dr Sherwell. — Le malade est un homme qui présente une éruption papuleuse généralisée sur le cou, les fesses et les poignets. Pendant les premières vingt-quatre heures il fut impossible de porter un diagnostic tant les lésions ressemblaient à la variole, puis il survint des éléments typiques d'érythème multiforme. L. B.

234th Regular meeting, 24 avril 1894.

Présidence du Dr C. W. Allen

Cas de nævus de la lèvre.

J. A. Fordyce présente un enfant âgé de 2 ans, atteint d'un angiome caverneux de la lèvre inférieure et de la muqueuse voisine. Pendant les derniers mois il s'est développé très rapidement. L'auteur a l'intention de le traiter par la galvano-puncture ou par l'électrolyse.

Cas de verrues.

Le Dr Piffard présente de la part du Dr Robinson une femme atteinte d'un nombre considérable de verrues sur la face dorsale des mains depuis cinq ans. Elle en a également quelques-unes, sur la face. A ce propos plusieurs des membres présents ont relaté des succès réels qu'ils ont obtenus avec la teinture de thuya employée à l'intérieur et à l'extérieur.

Cas d'empoisonnement par l'arsenic.

Dr Fordyce. — Le malade que je présente avait aidé à décharger une cargaison d'arsenic. A son retour chez lui le soir la figure était enflée. Le lendemain il fut pris de diarrhée et de vomissements qui durèrent trente-six heures. Il se produisit aussi de l'œdème du scrotum et du pénis. Actuellement le malade a une éruption de petites papules sur la face, le corps, les cuisses et le scrotum. Nombre de ses camarades ont été atteints de la même façon.

Plusieurs des membres présents ont cité des cas d'empoisonnement d'arsenic survenus dans des conditions analogues, ou bien chez des personnes qui manient des peaux couvertes d'arsenic, ou chez celles qui manient le vert de Paris, ou qui travaillent dans les papiers peints, etc. Le Dr Bulkley a observé chez eux des pustules laissant après elles des ulcères, le Dr Klotz des ulcérations du scrotum, des perforations de la cloison du nez, etc.

Cas d'ichtyosis congenita (*So called Harlequin fœtus*).

Dr Sherwell (1). — La malade est une enfant qui est née le 21 décembre 1893. Lors de sa naissance elle était couverte de la tête aux pieds d'une peau dure, rugueuse, fissurée. On lui fit prendre des bains nombreux et on la tint constamment enduite de corps gras. La plupart des membres présents, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'un cas de peu d'intensité, sont étonnés de voir que l'enfant ait résisté aussi longtemps L. B.

(1) Voir dans le même journal l'analyse d'un mémoire du Dr Sherwell sur ce cas.

CORRESPONDANCE

A propos de la loi de Colles-Baumès.

Monsieur le Secrétaire des Annales.

Paris, 25 décembre 1894.

La *Lancet* du 1er décembre dernier contient un article dont l'auteur rouvrant la discussion au sujet de la loi de Colles-Baumès, me prend à partie dans des termes tels que je ne puis me dispenser de répondre. J'ai adressé aux éditeurs du journal anglais une lettre dont voici la traduction :

MM. les Éditeurs de la Lancet.

MESSIEURS,

M. George Ogilvie vient d'écrire dans la *Lancet* du 1er décembre 1894, sur la loi de Colles, une étude très travaillée dans laquelle, rouvrant la discussion au sujet de la dénomination de cette loi, il fait une attaque à fond sur les écrivains du continent qui ont contesté les titres de Colles, et sur moi en particulier.

Les phrases dont Colles s'est servi ont paru à M. Ogilvie avoir une signification « claire et précise ». S'il en était ainsi, aucun débat ne se fût sans doute élevé sur la question, mais en tout cas M. Ogilvie ne me semble pas fondé à dire que notre hérésie vient de ce que « quelques-unes des phrases de Colles ont été mal interprétées ou mal présentées ». Et, alors que, de son propre « aveu il est douteux que Colles se soit entièrement rendu compte de la portée théorique de sa loi », je crois que nous avons le droit de dire, trouvant son texte insuffisamment clair et insuffisamment précis, que « si Colles a énoncé une proposition exacte [ce qui nous montre en lui un bon clinicien], il n'en a pas du tout saisi la signification. Du moins rien ne prouve qu'il y ait vu si clair, puisqu'aucune de ses observations n'est présentée par lui à l'appui de sa loi » ; et avouez que la portée théorique de sa loi semble dans les nuages, quand nous le voyons publier ce qui suit :

« M. D..., honorable ouvrier, et son épouse, avaient une petite bonne qui prit l'infection de leur enfant, tandis que la mère (soignée, environ deux ans auparavant par Colles, en raison de symptômes secondaires *dont il la supposait guérie*), n'avait, à aucun degré ni d'aucune façon, souffert de la maladie de l'enfant : *elle n'avait pas été infectée par son propre enfant* (!), et pourtant la maladie était capable d'infecter la petite bonne (1). »

Et cependant Colles avait vu des cas où la mère reste saine, mais, à mon sens, l'observation ci-dessus prouve qu'il s'étonnait autant dans l'un et l'autre cas de l'immunité de la mère, que celle-ci eût présenté antérieurement des symptômes syphilitiques ou fût demeurée saine.

« Des trois différentes manières dont Colles s'est servi pour énoncer sa loi », dit M. Ogilvie, celle que je marque n° 1 est de beaucoup la plus précise ». — Peut-être, si elle n'eût été singulièrement affaiblie par l'observation du sieur D..., et, en outre, il est réellement curieux que la phrase n° 1, précisément, n'ait pas été citée par MM. Diday et Doyon, « les meilleurs avocats de Colles ». Mais, où je ne puis plus suivre M. Ogilvie, c'est quand il n'hésite pas à écrire : « Je ne sache pas que cette

loi ait jamais été formulée d'une façon meilleure ou plus précise par aucun des écrivains qui ont suivi ». Ici, aux lecteurs anglais à juger eux-mêmes !

COLLES : *Phrase n° 1.*

Je n'ai jamais vu ou ouï signaler un seul cas dans lequel un enfant syphilitique (alors que sa bouche offre des ulcérations), allaité par sa propre mère, lui ait déterminé des ulcérations sur les seins ; — tandis que peu de cas se sont présentés où un enfant syphilitique n'ait pas infecté une nourrice au sein mercenaire ayant antérieurement joui d'une bonne santé. COLLES, 1837.

Texte de BAUMÈS.

Il est d'observation qu'une mère, ayant porté dans son sein un enfant syphilitique QUI DOIT L'INFECTION AU SPERME DU PÈRE, ne contracte pas généralement en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique, comme pourrait la contracter une nourrice étrangère.

BAUMÈS, 1840.

Je dois déclarer à mon tour, qu'avec un linguiste proclamant l'équivalence des deux textes précédents, il ne saurait plus y avoir de discussion.

L'énoncé de Baumès est même si complet que M. Fournier, ayant de nos jours à formuler la même idée, emploie des termes presque identiques : *Une mère ne reçoit jamais la syphilis de son enfant même affecté de lésions contagieuses, alors que cet enfant tient héréditairement la syphilis de son père.*

Aussi bien le débat est-il épuisé. Colles n'a sûrement pas saisi la portée de son observation ; mais il a relevé un fait clinique exact, l'a mis en lumière, et mérite par cela même de donner son nom, au moins en partie, à l'aphorisme médical que j'ai proposé d'appeler *Loi de Colles-Baumès.*

Au surplus, que mon honorable contradicteur se rassure ; c'est l'*usage* qui est le maître ; il a déjà consacré le nom de *Loi de Colles*, lequel restera probablement, en dépit de l'équité.

Je tiens à dire en terminant ceci : je ne voudrais pas qu'on pût me reprocher sérieusement de juger une contestation scientifique en me plaçant au point de vue patriotique. Il s'agit ici d'une inoffensive plaisanterie que je pouvais me permettre avec mes amis, le regretté professeur Diday et M. Doyon, au sujet de la rivalité scientifique de Lyon et de Paris ; mais je n'aimerais pas qu'on vît là des procédés de discussion à moi familiers.

J'espère donc que l'affaire est entendue. Je n'aurais pas d'ailleurs répondu à la dissertation signée Ogilvie, si ces critiques n'eussent paru dans un journal aussi répandu que la *Lancet*, et qui par cela même eût pu, à défaut de réfutation, donner des idées inexactes sur « les écrivains continentaux » au point de vue de leur érudition, de leurs procédés de discussion et de leur courtoisie.

Veuillez agréer, Messieurs, etc.

A. MOREL-LAVALLÉE,
ex-chef de clinique à l'hôpital St-Louis.

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE

A Monsieur le Dr H. Feulard, *secrétaire délégué pour la France.*

Cher Monsieur,

J'ai l'extrême regret de vous annoncer la décision du Comité exécutif du Congrès de remettre la session qui devait avoir lieu en 1895.

La raison est que l'Association médicale britannique a décidé de tenir l'année prochaine sa réunion générale annuelle à Londres, à l'époque originairement fixée pour le Congrès et qui verra alors rassemblés au même lieu plusieurs milliers de médecins.

L'Association médicale britannique qui est, comme vous le savez sans doute, un grand et puissant corps, et le Comité exécutif du Congrès de Dermatologie sont unanimement d'accord que l'autonomie et le caractère international du Congrès seraient exposés si celui-ci avait lieu simultanément avec la session de l'association médicale britannique.

La proposition que le Congrès fût affilié à celui de l'Association médicale britannique dont elle formerait une section était incompatible avec la dignité d'un congrès international.

L'Association médicale britannique a eu la bonne fortune de s'assurer à Londres de toutes les facilités que nous avions espéré, avec raison, obtenir pour notre Congrès et que nous avons toutes raisons de croire pouvoir assurer toute autre année. Si l'on ajoute qu'il nous serait impossible, à nous dermatologistes, de remplir nos devoirs sociaux de membres de l'association dont nous sommes naturellement membres et de nous comporter en même temps avec nos amis étrangers comme ils se sont comportés avec nous, je crois que vous comprendrez que l'ajournement du Congrès s'impose. J'ai à peine besoin d'ajouter que la décision du Comité exécutif n'a été prise qu'après une sérieuse considération.

Le prochain Congrès médical international devant avoir lieu à Moscou en 1896, à une date qui n'est pas encore fixée, il est plus que probable que notre Comité exécutif décide de remettre le Congrès à l'année 1897, mais aucune décision ne peut être prise qu'après Noël et les vacances du nouvel an. Aussitôt que ce point sera établi je vous le communiquerai.

Je vous ai écrit longuement et avec grande franchise, et ma lettre étant une lettre ouverte je vous serais reconnaissant d'en communiquer le contenu à vos collègues et compatriotes.

Croyez moi votre très dévoué

J. J. Pringle,
Secrétaire général.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ET ARTICLES ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

K

L

M

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME V. — TROISIÈME SÉRIE

1894

Complications.

Traitement

C

Chancre

F

G

H

I

K

L

R

S

SYPHILIS

Étiologie. Contagion.

Évolution de la syphilis.

Chancres syphilitiques.

Syphilides.

Gommes.

Syphilis des os et des articulations.

Syphilis des voies respiratoires, de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire.

Syphilis du rein, du foie, de la rate, du testicule et de l'utérus.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis de l'œil, du nez et de l'oreille.

Phénomènes généraux. Associations pathologiques.

Syphilis infantile. Syphilis héréditaire.

Traitement de la syphilis.

Prophylaxie de la syphilis.

BIBLIOGRAPHIE

COMPTES RENDUS DES LIVRES

Par ordre alphabétique d'auteurs.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE